Rok XLVIII. Kraków, dnia 7. sierpnia 1909. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Opsoniny Wrighta. Ich badanie, technika i znaczenie kliniczne w schorzeniach gruźliczych.

Podali

Prof. W. Jaworski i Dr. P. Korolewicz, asystent kliniki.

(Dokończenie).

Baecher i Laub (Wien. kl. Woch. 1008, 44) uważają również metodę za niedokładną. Błędy pochodzą nietylko z trudności liczenia, ale i z powodu różnicy w odbarwialności bakteryi gruźliczych. Wiele z nich może się całkiem odbarwić i usunąć z obliczenia. Ciałka białe układają się w preparacie nierównomiernie, tak, że liczenie w rozmaitych polach preparatu nie daje zgodnych liczb. Autorowie wykonali u 31 gruźliczych dzieci szczepienia lecznicze nową tuberkuliną Kocha, z uwzględnieniem IO. Rozpoczynali wstrzykiwania od $^1/_{1000000}$ i dochodzili do $^1/_{2000}$ mg. tuberkuliny, wstrzykując co 5—7 dni. Na 167 wstrzyknięć pojawiała się 122 razy faza ujemna, po której następowała dodatnia. W innych razach nie można było zauważyć fazy ujemnej. Pojawienie się fazy dodatniej nie było zależne od ilości wstrzykniętej tuberkuliny. W przypadkach pomyślnego leczenia tuberkuliną nie zauważano regularnie podniesienia IO, a przy złym wyniku — spadania IO. Autorowie dochodzą do wniosku, że przy wstrzykiwaniu tuberkuliny w gruźlicy płuc nie można się kierować fazami, wskazanemi przez Wrighta, gdyż są one zależne od warunków obecnie jeszcze niewyjaśnionych. Wskaźnik opsoninowy nie idzie w parze z objawami klinicznymi i nie jest miarą odporności ustroju u suchotników. Tylko znaczne odchylenia IO dają się zużytkować dla rozpoznania i rokowania.

Saathof (Münch. med. Woch. 1908, 15) zauważył, że metoda Wrighta daje wyniki niejednostajne z powodu nieprzewidzialnych błędów doświadczalnych, dlatego jej zastosowanie kliniczne tylko w tych przypadkach jest możliwe, jeżeli różnice IO są od siebie bardzo różne. Ponieważ metoda wymaga wielkiej wprawy, zwłaszcza w liczeniu, przeto może być dokładniej tylko w zakładach wykonana. Przy wstrzykiwaniu leczniczem tuberkuliny lepiej się kierować objawami klinicznymi, niż IO, gdyż wskaźnik ten jest zależny od wielu dotąd nieznanych warunków.

Schiffmann i Kohn (Wien. kl. Woch. 1909, 3) badali IO u 7 położnic z zakażeniem gronkowcowem. Twierdzą, że metoda jest zbyt trudna i powinna być oddana wyćwiczonym siłom w osobnych zakładach.

Kössler i Neumann (Wien. klin. Woch. 1908, 14) badali IO u ciężarnych i położnic i znaleźli go bardzo chwiejnym. Wnoszą z tego, że ciąża właśnie z powodu zmian w opsoninach wywiera niekorzystny wpływ na gruźlicę płuc.

Jürgens (Berl. kl. Woch. 1908, 13) zauważył, że polepszanie lub pogarszanie się choroby niezawsze idzie w parze z podnoszeniem lub opadaniem IO. Uważa jednak metodę Wrighta za dobry środek pomocniczy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób zakaźnych.

Arnsberger (Münch. med. Woch. 1908, 5) twierdzi, że IO stale nizki względem bakteryi gruźliczych, przemawia za istnieniem gruźlicy, jeszcze więcej wahania IO wykazują obecność gruźlicy w płucach. Przy leczeniu gruźlicy płuc tuberkuliną poleca autor ten zwracać uwagę na zakażenie mieszane, gdyż ono ma się przy tem leczeniu wzmagać. Dowodów autor nie przytacza.

W. Busse (Deutsche med. Woch 1909, 13), zajmując się bardzo szczegółowo samą techniką opsonin, ocenia błędy doświadczalne metody Wrighta co najwyżej na 20%. Uważa metodę za przydatną dla kliniki i radzi trzymać się dokładnie przepisów Wrighta, gdyż błędy, robione i podnoszone przez rozmaitych autorów, pochodzą przeważnie z poprawek czynionych przez autorów w przepisach Wrighta.

Schottmüller i Much (Münch. med. Woch. 1908, 9, 10, 11) uważają metodę Wrighta za bardzo stosowną do odróżnienia zakażenia durowego właściwego od wrzekomego (paratyfusu) i od zakażenia przez prątka okrężnicy. Jest to sposób lepszy, niż przez aglutynacyę, gdyż wahania IO pojawiają się już w samym początku choroby, natomiast na aglutynacyę trzeba czekać kilka dni. Autorowie ci nazywają metodę Wrighta »vorzügliches Diagnosticum«. Badając przypadki zakażenia prątkiem okrężnicy, wykazali metodą opsoninową zakażenie jelitowe odrębne, wywoływane odmianą prątka okrężnicowego, który nazwali bact. coli haemolyticum. Schottmüller i Much stwierdzili i w zakażeniach mieszanych wahania IO względem wszystkich zarazków, biorących udział w zakażeniu. W zakażeniu paciorkowcowem w gorączce połogowej zdołali wcześniej wykazać jakość zakażenia sposobem Wrighta,

nim jeszcze zdołano wykryć paciorkowce we krwi chorych. Na podstawie oznaczania IO stwierdzili Schottmüller i Much, że prątek gruźliczy ludzki i bydlęcy należą do jednego rodzaju. Autorowie ci rokują metodzie Wrighta wielką przyszłość.

M. Wirths (Beiträge zur Klinik d. Tuberkulen, 1909, B. XII. H. 1.) badał zapomocą oznaczania opsonin zakażenie mieszane w gruźlicy płuc na 25 suchotnikach i znalazł, że wskaźnik opsoninowy (IO) jest zmienny (mniejszy, czasem większy), tylko względem dwoinek, zapalenia płuc i ropotwórczych paciorkowców, wyhodowanych z plwocin suchotników. To znaczy, że zakażenie mieszane w gruźlicy płuc bywa wywołane przeważnie przez te dwa drobnoustroje. IO okazał się niezmieniony względem gronkowca złocistego i białego, prątka rzekomobłoniczego, prątka siennego *(bac. subtilis)*, hemolitycznego prątka okrężnicy, bakteryi grypy, prątka zapalenia płuc *(bac. pneumoniae Friedländer)*, dwoinki otoczkowej *(diplococcus capsulatus, micrococcus tetragenus)*, które to bakterye znajdują się w plwocinie suchotników. Autor twierdzi na podstawie 3500 zbadanych przypadków w szpitalu w Hamburgu, że metoda Wrighta ma wielkie znaczenie rozpoznawcze, gdyż zapomocą niej można rozpoznać chorobę jeszcze w tych przypadkach, w których inne metody badania zawodzą.

K. Turban i G. Baer (z Davos) (Münch. med. Woch. 1908, 38) opracowali szczegółowo wielki materyał gruźliczy z 84 chorych, u których wykonali około 1000 oznaczeń opsoninowych w przeciągu 2 lat. Zapatrywanie tych autorów na metodę i teoryę Wrighta nacechowane jest bezstronnością, którą w naszej pracy stwierdzić mogliśmy. Wyrażają się o metodzie, że jest trudna, zabiera dużo czasu, ale jest bezwzględnie dokładna, jeżeli się pracuje starannie i trzyma się reguł podanych przez Wrighta. Dla stwierdzenia obecności gruźlicy należy badaną surowicę ogrzać do 60°. Surowica zdrowego człowieka traci przez ogrzanie własność opsonizacyi, surowica gruźliczego co najwięcej do połowy, albo wcale jej nie traci.

IO u zdrowych waha się od 0·9—1·1. Prawidłowy IO może się zdarzyć i u gruźliczych, i świadczy o tem, że gruźlica niema dążności do szerzenia się.

Za nizki IO, niżej 0·8, lub za wysoki, ponad 1·4, świadczy o gruźlicy, jeżeli surowica przez ogrzanie nie traci własności opsonizacyi. Wahania IO tego rodzaju świadczą, że gruźlica postępuje.

Powolne i jednostajne podnoszenie się IO u chorych, u których dawniej stwierdzono wahania, świadczy o poprawie, nagłe zaś obniżenie IO wskazuje na pogorszenie się sprawy gruźliczej.

IO trwale utrzymujący się na wysokości normalnej, lub nadnormalnej, wskazuje na dobre rokowanie, wahania zaś na złe.

Przy niepewnem rozpoznaniu gruźlicy płuc, t. j. w początkach choroby, nieprawidłowy IO przemawia za obecnością czynnej gruźlicy w ustroju.

Przy stosowaniu tuberkuliny już wstrzyknięcie $^1/_{1000000}$ mg. sprawia pojawienie się ujemnej fazy, a jeszcze jedna dziesięciomilionowa wpływa na wartość IO. Oznaczenie IO w leczeniu tuberkuliną ma to znaczenie, że jeżeli się pokaże, iż IO wskutek leczenia stał się wysokim i potem zwolna tylko do normy opada, to rokowanie jest dobre, a leczenie się powiodło. Jeżeli zaś IO po leczeniu szybko się obniża i staje się nizkim, to należy przypuszczać, że polepszenie nie będzie trwałe.

W końcu podnieść należy badania rozmaitych autorów nad wpływem różnych ciał na fagocytozę, względnie na opsoniny we krwi zwierząt i ludzi. Z tych badań dla kliniki ważne są spostrzeżenia, że chinina hamuje fagocytozę już w rozcieńczeniu jednej stutysięcznej (Hamburger i Hekma), wyskok osłabia fagocytozę (A. Kruschlin), zaś kwas salicylowy podawany zwierzętom (M. Jacoby i A. Schütz), jakoteż przetwory żelaziste, wstrzykiwane do żył zwierzętom (Piorkowski) zwiększają fagocytozę i opsoniny we krwi. Doświadczenia te wymagają stwierdzenia klinicznego.

Przeprowadzaliśmy przeto badania co do opsonin u chorych klinicznych, przedewszystkiem w celu przekonania się, jaki jest wskaźnik opsoninowy w schorzeniach gruźliczych rozmaitych narządów, jakoteż w celu badania kontrolnego przy leczniczem wstrzykiwaniu tuberkuliny. Przeprowadzono ogółem 98 badań u 23 chorych. U przeważnej części naszych chorych zmiany gruźlicze znajdowały się w płucach. Było ich 18 przypadków, z czego czystych płucnych z większemi lub mniejszemi zmianami jest 9, reszta, a więc 9 z rozmaitemi powikłaniami i tak ze zmianami gruźliczemi w jelitach, z owrzodzeniami krtani, z odmą i ropniakiem opłucnym, z białaczką, z wysiękiem opłucnym, z zmianami w kościach (próchnienie stawu łokciowego) i zmianami w gruczołach *(lymphomata)*. We wszystkich tych przypadkach wskaźnik opsoninowy wahał się w granicach dosyć rozległych od 0·40—1·02, stale jednak był dosyć nizki.

W schorzeniach gruźliczych innych narządów wskaźnik opsoninowy wahał się rozmaicie, nie przekraczał jednak nigdy 1 i tak: *coxitis sinistr.* 0·51, 0·62, *scrophuloderma* 0·51, *lupus faciei* 0·82, *tbc. renum* 0·91.

Przy wysiękach opłucnych przeprowadzaliśmy badania równocześnie z wysiękiem i z krwią. Pokazało się, że wskaźnik opsoninowy z wysięku jest o wiele niższy, aniżeli z krwi chorego i tak w jednym przypadku wskaźnik z krwi wynosił 0·83, z wysięku 0·34, w drugim ze krwi 0·82, z wysięku 0·31. Zawsze nizki wskaźnik otrzymywaliśmy przy zmianach gruźliczych płuc, powikłanych ze zmianami w gruczołach *(lymphomata colli)* IO = 0,40 i w drugim przypadku 0·52. Wreszcie w 4 przypadkach gruźlicy płuc, leczonych wstrzykiwaniami tuberkuliny, obliczaliśmy wskaźnik opsoninowy w celach kontrolnych. W jednym z tych przypadków musieliśmy zaprzestać wstrzykiwań tuberkuliny z powodu stale nizkiego wskaźnika opsoninowego. Jak wyżej bowiem powiedziano, przy wstrzykiwaniach tuberkuliny z dodatnim wynikiem, wskaźnik opsoninowy powinien z początku po każdem wstrzyknięciu opadać (phasis negativa), a później wznosić się w górę (phasis positiva). Taki mniej więcej przebieg wskaźnika opsoninowego był u reszty trzech naszych chorych, leczonych wstrzykiwaniami tuberkuliny. U chorych tych również i objawy kliniczne, jak i podmiotowe, ulegały stałej poprawie, co jednak dało się stwierdzić dopiero po pewnym dłuższym przeciągu czasu. Kontrola opsonin wykazała u tych chorych dodatni wynik wstrzykiwań już w samym początku, gdzie jeszcze klinicznie nie dało się zauważyć żadnej zmiany na lepsze. I to

było wskazaniem do dalszego kontynuowania wstrzykiwań tuberkuliny.

Przy wstrzykiwaniach tuberkuliny u czwartego chorego, gdzie one nie odnosiły żadnego skutku, kontrola opsonin wykazała już w samym początku bezskuteczność leczenia, zanim jeszcze klinicznie można było bezskuteczność tę stwierdzić. Chory ten po każdem wstrzyknięciu okazywał stale nizki wskaźnik opsoninowy, bez pojawienia się okresu dodatniego (phasis positiva). Z tego też powodu zaprzestaliśmy wstrzykiwań już w samym początku, nie czekając na gwałtowniejsze objawy kliniczne, które mogły wystąpić po dłuższem bezskutecznem, a nawet szkodliwem leczeniu.

Na podstawie naszych spostrzeżeń możemy razem z innymi powiedzieć, że przy wstrzykiwaniach tuberkuliny oddają opsoniny wielką usługę tak dla leczonego, jak i dla leczącego.

To też w ostatnich czasach leczenie tuberkuliną odbywa się pod kontrolą opsonin.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 28 kwietnia 1909).

Piśmiennictwo. M. Wirths: Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, B. XII. H. 1. 1909. — Schottmüller und Much: Münch. med. Wochenschr. 1908, 9, 10, 11. — K. Turban u. G. Baer: Münch. med. Wochenschr, 1908, 38. — Saathof: Munch. med. Wochenschr. 1908, 15. Schiffmann und Kohn: Wien. klin. Wochenschr. 1909, 3. — Kössler und Neumann: Wien. klin. Wochenschr. 1908, 14. — Arnsberger: Münch. med. Wochenschr. 1908, 5. — W. Busse: Deutsche med. Wochenschr. 1909, 13 — G. Wolfsohn: Berl. klin. Wochenschr. 1908, 49. Baecher und Laub: Wiener klin. Wochenschr. 1908, 44. — W. Beyer: Deutsche med Wochenschr. 1909, 8. — Rolly: Münch. med. Wochenschr. 1908, 26. — Jacobs: Etude experimentale et clinique de la tuberculine. Levaditi und Inmann: Handbuch der Technik und Methodik der Immunitätsforschung von R. Kraus und C. Levaditi. Bd. II. — Dr. Strubell: Ueber opsonische Technik. Deutsche med. Wochenschr. 1908, 19. — Dr St. Serkowski: Index opsonicus. Nowiny lekarskie 1909, Nr 4. — K. Turban u. G. Bauer: Opsonischer Index und Tuberculose. Beiträge zur Klinik der Tuberculose X. H. 1. — A. E. Wright: Studien über Immunisierung und ihre Anwendung in der Diagnose und Behandlung von Bakterieninfektionen. Jena 1909.

Z Zakładu Hygieny i Bakteryologii U. J. w Krakowie. (Kierownik Prof. O Bujwid).

O etyologii i rozpoznawaniu przyczynowem gruźlicy. Sprawozdanie poglądowe[1]).

Podał

Dr Filip Eisenberg, asystent zakładu.

Dziwne bywają czasami losy zagadnień naukowych. Sprawa gruźlicy przynajmniej ze strony bakteryologicznej przed laty mniejwięcej dziesięciu zdawała się uporządkowaną i zamkniętą. W monografiach Corneta, które ukazały się w podręcznikach Nothnagla i Kollego-Wassermanna w owym czasie, zagadnienie to przedstawia się jako budowa silna i pewna, harmonijnie wykończona, której chyba tylko brakło jeszcze korony: skutecznego i niezawodnego leczenia przyczynowego. Skończył się był właśnie wtedy pierwszy okres badań bakteryologicznych nad gruźlicą, chlubnie rozpoczęty przez wiekopomne odkrycie Kocha. Aż oto nagle burząca moc wątpienia uderzyła w jedną z podwalin tego gmachu, a co ciekawsza, atak ten wyszedł od tego, co sam kładł te podwaliny, co był tego gmachu budowniczym i ostoją. Na Zjeździe Londyńskim (1901) Koch zaprzeczył tożsamości gruźlicy ludzkiej i bydlęcej, którą sam swego czasu był stwierdził i polecił z walki przeciwgruźliczej usunąć jeden z ważnych czynników, tem ważniejszy, że związany bardzo ściśle z doniosłymi interesami gospodarczymi społeczeństwa. Czyn Kocha, którego śmiałości i szczerości niepodobna odmówić uznania, choć w następstwie teorya jego niezupełne znalazła potwierdzenie, stał się punktem wyjścia dla wielu nowych badań, sprowadził rewizyę wielu zagadnień uważanych już za rozwiązane, stał się owym zaczynem, który wywołał nowy wzrost, zapoczątkował nowy okres w historyi gruźlicy. Okres ten trwa dziś jeszcze w całej pełni. Zagadnień dziś chyba ukazuje się oczom badaczy więcej znacznie, niż przed laty dziesięciu. Praca wre na obu półkulach, zatrudniając tysiące pracowników. Powołany zaufaniem prezydyum Towarzystwa do przedstawienia etyologii i rozpoznawania przyczynowego gruźlicy, z ogromnego tego materyału, którego opanowanie nawet dla fachowca niemałe przedstawia trudności, wybiorę tylko kilka zagadnień zasadniczej doniosłości, i to przedewszystkiem takie, które związane są z działaniem lekarskiem rozpoznawczem, leczniczem lub zapobiegawczem. Rzecz jasna, że będę mógł przedstawić je tylko w najogólniejszych zarysach i że w ocenie rozmaitych poglądów, często sprzecznych, nie będę mógł uniknąć pewnego subjektywizmu, który każe wobec tych zagadnień zająć pewne określone stanowisko.

Aż do wystąpienia Kocha w r. 1901 dogmat jedności gruźlicy ludzkiej i bydlęcej powszechnie był uznawany, oparty na powadze samego Kocha, jakkolwiek prace badaczy amerykańskich, a zwłaszcza Smitha (1898) wskazywały na pewne dość stałe różnice między zarazkiem ludzkim a bydlęcym. Następstwem tego było poczesne miejsce, jakie w walce z gruźlicą zajmowało zwalczanie gruźlicy bydlęcej i wyjaławianie mleka, jako najważniejszego przenośnika zarazku. Tymczasem Koch na podstawie doświadczeń, wykonanych wspólnie ze Schützem, postawił twierdzenie, że zarazek ludzki różny jest od bydlęcego, ponieważ nie wywołuje u bydła gruźlicy postępowej, co się łatwo udaje przez zaszczepienie zarazka bydlęcego. Ważniejsze oczywiście dla praktyki jest pytanie, czy naodwrót gruźlica bydlęca przenosi się na człowieka; tutaj według Kocha, doświadczenia bezpośrednio przekonywujące są naturalnie niemożliwe, natomiast na podstawie dostępnego materyału anatomo-patologicznego i klinicznego Koch sądzi, że o ile takie zakażenie wogóle okaże się możliwem, to z pewnością co do częstości odgrywa ono w etyologii gruźlicy ludzkiej rolę zupełnie podrzędną, taką np., jak zakażenie płodowe. Zgodnie z tym poglądem radzi Koch nie marnować sił na walkę z gruźlicą bydlęcą, tak mało dla człowieka niebezpieczną, a skierować je wszystkie przeciw zakażeniu przenoszącemu się z człowieka na człowieka. Już na Zjeździe londyńskim twierdzenia te, po części tylko uzasadnione przez doświadczenia Kocha, spotkały się z żywymi protestami, a w następstwie wywołały ukazanie się około 200 prac, które już to potwierdziły je, już to mniej lub więcej ograniczyły. Prace te, z początku przeważnie polemicznej, po części polemiczno-kazuistycznej natury, zwolna jednak przyczyniły się do pewnego rozjaśnienia zagadnień — przedewszystkiem zaś spowodowały, że dziś całe zagadnienie rozpadło się na zagadnienia zupełnie odrębne, a mianowicie pierwsze, czy zarazek ludzki jest identyczny z bydlęcym, drugie praktyczne, czy gruźlica z bydła może być przeniesiona na człowieka. Pytanie pierwsze jest teoretyczno-systematyczne i niełatwe do rozwiązania; trzeba stwierdzić, czy istnieją różnice między zarazkiem ludzkim a bydlęcym, czy różnice te są stałe, czy też zmienne, a wreszcie, jakie należy tym różnicom znaczenie przyznać — innymi słowy, czy mamy tu do czynienia z dwoma odrębnymi gatunkami bakteryi, czy też z dwiema ustalonemi odmianami *(varietas)* jednego gatunku, czy wreszcie z odmianami niestałemi, pochodzącemi z przystosowania do pewnego podłoża (t. zw. odmiany glebowe »Standortvarietäten«). Pierwsze dwa zapatrywania, których różnica jest raczej słowna, jednoczą t. zw. dualistów. Ostatniego twierdzenia natomiast bronią t. zw. unitaryści. Według dualistów, wśród których uczniowie Kocha, pracujący w niemieckim Urzędzie Zdrowia najpoczestniejsze zajmują miejsce na podstawie rozległych, gruntownych i krytycznych swych prac, stwierdzają następujące różnice między zarazkiem ludzkim a zwierzęcym: Bakterye ludzkie w obrazie mikroskopowym przedstawiają się jako laseczki cienkie, smukłe, nieco zakrzywione, jednostajnie się barwiące, bydlęce są krótsze i grubsze, barwią się niejednostajnie i zawierają często mocniej barwiące się ziarna. Bakterye ludzkie rosną na bulionie glicerynowym szybciej i bujniej, tworząc w krótkim czasie grubą, mocno pofałdowaną błonę na powierzchni bulionu, natomiast bakterye bydlęce rosną powoli, tworząc delikatną, mało pomarszczoną błonkę. Nadto Smith wykazał stałe różnice pomiędzy oboma typami, objawiające się ilościowo i jakościowo różnicą produkcyi kwasu na bulionie glicerynowym. Ważniejsze znacznie są natomiast różnice we właściwościach chorobotwór-

[1]) Wykład wygłoszony w Tow. lek. krak. d. 12 V. 1909 pierwszy z cyklu wykładów o gruźlicy.

czych obu typów, o ile że łączą się bezpośrednio z zagadnieniami, poruszonemi przez Kocha. Naogół bakterye bydlęce dla wszystkich prawie zwierząt ssących okazują większą jadowitość (*virulentia**), niż bakterye ludzkie — tak np. morskie świnki szczepione bakteryami bydlęcymi giną szybko, a w ich narządach znajduje się znaczną ilość bakteryi, natomiast szczepione bakteryami ludzkiemi, giną po dłuższym czasie z nieznaczną ilością bakteryi w narządach. Naturalnie to zachowanie nie uprawnia do wniosku (Nocard, de Jong, Behring), że bakterye bydlęce i wobec człowieka muszą być jadowitsze, niż bakterye ludzkie, bo ustrój ludzki i w wielu innych sprawach zachowuje się inaczej, niż choćby nawet ustrój małp, blizko z nim spokrewnionych. Wybitne różnice okazują się w działaniu obu typów na króliki; 1 mg. bakteryi bydlęcych, wstrzykniętych do żyły, zabija je w ciągu 3 tygodni, natomiast ta sama ilość bakteryi ludzkich wywołuje po długim czasie przewlekłą gruźlicę, trwającą miesiące. Taksamo przy podskórnem zaszczepieniu 10 mg. bakteryi bydlęcych, króliki giną szybko wśród objawów ogólnego zakażenia, bakterye ludzkie w tych warunkach wywołują ropień miejscowy bez zajęcia najbliższych gruczołów i bez uogólnienia. U bydła okazują się również wybitne różnice; bakterye typu ludzkiego wywołują u krów lub cieląt albo zmiany miejscowe, ściśle ograniczone, co najwyżej połączone ze zajęciem najbliższych gruczołów, albo też zaszczepienie ich żadnych zgoła nie pociąga za sobą skutków. Natomiast bakterye bydlęce wywołują u bydła przeważnie sprawy ciężkie, postępowo prowadzące do gruźlicy ogólnej. Dualiści twierdzą nadto, że te różnice między oboma typami nie są bynajmniej zmiennymi objawami przemijającego przystosowania do pewnego podłoża, t. j. do pewnego gatunku zwierzęcego, lecz że powstawszy niegdyś drogą takiego przystosowania, utrzymują się obecnie stale i nie ulegają zmianom na różnych podłożach, czy też w różnych gatunkach zwierzęcych, przez które je przeprowadzamy. (C. d. n.)

Piśmiennictwo bieżące.

Pedyatrya.

Krasnogorski. **O odruchach uwarunkowanych.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde.* Styczeń 1909). Badania Pawłowa, dokonywane nad psami, wykazały, że jakość i ilość wydzielanej śliny zależy od rodzaju podniety działającej na jamę ustną; przy spożywaniu suchych pokarmów wydziela się więcej śliny, niż przy wilgotnych pokarmach, na smaczne pożywienie spływa ciągnąca się śluzowa ślina, na przykre lub niesmaczne rzeczy bardziej płynna i t. d. To swoiste oddziaływanie na podniety jest zwykłym aktem odruchowym. Stwierdzono również, że na gruczoły ślinne psa oddziaływają i podniety zewnętrzne, np. widok lub zapach pokarmów, i w tym wypadku patrzenie lub wąchanie suchych przedmiotów wywołuje wydzielanie się dużej ilości śliny, przykre zapachy wywołują wydzielanie się płynnej śliny podobnie, jak przy spożywaniu pokarmów. Odruchy zależne od działania podniet zewnętrznych nazwał Pawłow odruchami uwarunkowanymi dla odróżnienia od odruchów zwykłych. Dalsze badania pozwoliły wykazać prawo zamierania odruchów uwarunkowanych: Kilkakrotne drażnienie psa jakiemkolwiek pożywieniem bez dania mu go do zjedzenia, przestaje oddziaływać drażniąco na układ nerwowy psa — odruch zamiera. Szybkość zamierania odruchu przy powtarzaniu jest odwrotnie proporcyonalna do wielkości przerw pomiędzy drażnieniami. Dla uproszczenia doświadczeń starano się wywołać odruchy uwarunkowane za pomocą podniet sztucznych, t. j. takich, które nie mają bezpośredniego związku z działalnością gruczołów ślinnych. Stwierdzono, że przejawy świata zewnętrznego: dźwięki, zapachy, działanie ciepła lub zimna, mechaniczne drażnienie skóry, wywoływane równocześnie z odruchem zwykłym, względnie ze spożywaniem pokarmów, kwaśnych lub gorzkich ciał, mogą wywołać odruch uwarunkowany. Pies, któremu stale dawano proszek mięsny przy jednoczesnem dzwonieniu, po 111 takich karmieniach wydzielał ślinę na sam dźwięk dzwonka. Odruch powstawał również przy świstaniu, pokazywaniu czerwonego światła, zapachu kamfory i t. d. Seleni stwierdził wyjątkową wrażliwość zwierząt na tony. O ile pewien określony ton wyzwala odruch, to ani wyższe, nawet nieznacznie, ani niższe tony odruchu wywołać nie mogą. Jeżeli stale łączyć pewien określony ton z pożywieniem, a inny z podawaniem kwasów, to następnie samo działanie odpowiedniego tonu wywołuje wydzielanie się odpowiedniej śliny, bardziej lub mniej śluzowej.

Wyniki badań nad zwierzętami postanowił autor sprawdzić na ludziach. Dla możliwego uproszczenia pracy dokonywał badań nad dziećmi (3—6-letniemi); na wydzielanie się śliny wskazywały ruchy połykowe. Z ilości tych ruchów autor wnosił o ilości wydzielanej śliny. Badania wykonywano w osobnym pokoju, w zupełnej ciszy, dzieciom zawiązywano oczy, do chrząstki tarczowej i kości gnykowej przymocowywano jedną otoczkę przyjmującą, a pod dolną szczękę drugą, obydwie łączono rurką kauczukową z dźwignią do pisania systemu Mareya. Z początku badano wpływ podniet słuchowych. Co 3 minuty w pokoju dzwonił przez przeciąg 1 minuty dzwonek elektryczny; w 15 sekund od rozpoczęcia dzwonienia wprowadzano do ust dziecka $^1/_2$ łyżeczki miodu. Po kilku takich próbach sam dźwięk dzwonka bez podawania miodu wywoływał ruchy połykowe — odruch uwarunkowany. Podobne doświadczenia wykonywano ze świstaniem, z drażnieniem określonych okolic ciała pędzelkiem i t. d. Wyniki tych doświadczeń były bardzo podobne do wyników, otrzymywanych przy badaniu zwierząt. Dzieci oddziaływały na podniety świata zewnętrznego odruchem uwarunkowanym podobnie, jak zwierzęta. Prawo zanikania odruchu dało się wykazać i u dzieci. W świecie tonów jednak dzieci gorzej oryentowały się, niż zwierzęta, oddziaływając na rozmaite tony, gdy u zwierząt tylko zupełnie właściwe tony wywoływały odruch.

T. Mogilnicki.

O. de la Camp. **Kliniczne rozpoznawanie gruźlicy gruczołów oskrzelowych.** (*Ergebnisse der inneren Medicin und Kinderheilkunde.* 1908 Bd. I.). W wyczerpującej pracy streszcza autor wyniki badań z ostatnich lat i na zasadzie własnych spostrzeżeń, oraz badań innych autorów dochodzi do wniosku, że gruźlica gruczołów oskrzelowych daje się stwierdzić klinicznie w wielu przypadkach: 1) Oglądaniem chorego: a) Uciskając na naczynia krwionośne wywołują gruczoły oskrzelowe asymetryczny zastój w żyłach podskórnych szyi (Wiederhoffer, Heubner, Gröber). b) Powiększone gruczoły mogą też czasem odsunąć tchawicę tak, że układa się ona w położeniu ukośnem. c) Ucisk na tchawicę przez powiększone gruczoły wywołuje wydechowy szmer zwężenia (stridor exspiratorius) i utrudnia oddech. d) Wskutek ucisku na nerw krtaniowy dolny (nervus recurrens) ruchy głośni odbiegają od typu prawidłowego. e) Uciskając na nerw współczulny wywołują gruczoły oskrzelowe nierównomierne rozszerzenie źrenic (Seeligmüller, Rogne, Destrée, Gröber). 2) Obmacywaniem chorego: a) Obrzmienie gruczołów klatki piersiowej w 4. i 5. międzyżebrzu ma zdaniem Hochsingera związek z powiększeniem gruczołów oskrzelowych. b) Przy naciskaniu na wyrostki 5—7 kręgu chory na gruźlicę odczuwa czasami ból. c) Wprowadzenie do przełyku zgłębnika z rozdymającym się dowolnie na końcu balonikiem (Neisser) stwierdza w niektórych przypadkach ból na miejscu, odpowiadającem rozdwojeniu tchawicy. 3) Opukiwaniem: a) Stłumienie na wysokości 3—5. kręgu w okolicy międzyłopatkowej (Biedert). b) Stłumienie na wysokości 5—6. kręgu piersiowego na samym kręgosłupie (Koranyi, Nagel). 4) Osłuchiwaniem: a) Oddech tchawiczny od 1—4. kręgu (Heubner) lub b) osłabiony w temże miejscu oddech (Biedert). c) Wzmożony wydech nad lewem oskrzelem tuż przy samym kręgosłupie. d) Nadzwyczaj charakterystyczny kaszel o metalicznym odcieniu, przypominający krztusiec. 5) Prześwietlaniem promieniami Röntgena: a) Gruczoły dają cień na ekranie. b) W razie ucisku oskrzela przez gruczoły, odpowiednie płuco daje cień ciemniejszy, niż płuco z wolnem oskrzelem. W razie klinicznego rozpoznania gruźlicy gruczołów oskrzelowych należy dla kontroli zrobić próbę Pirqueta, lub odczyn ukłucia (Stichreaktion). *Miecz. Michałowicz.*

G. Lion i Ch. Moreau. **O moczówce cukrowej rodzinnej u dzieci.** (*Arch. de méd. des enf.* Nr. 1. 1909). Moczówka cukrowa u dzieci jest wogóle cierpieniem rzadkiem, stosunkowo często przytem występuje ona u kilkorga dzieci jednych rodziców: z 43 zebranych z piśmiennictwa przypadków cukrzycy u dzieci 10 przypada na postać rodzinną. Postać ta ze względu na właściwości etyologiczne i rokowanie zasługuje na wyodrębnienie. Zapadają na cukrzycę rodzinną bądź wszystkie dzieci w danej rodzinie (7 w spostrzeżeniu Insenflamma, 8 Robertsa), bądź niektóre (troje z 8 Saundby); osobniki, oszczędzone przez cukrzycę w wieku dziecięcym, zapadają nieraz później. Choroba występuje najczęściej między 8-ym a 12-ym rokiem, — najmłodsze z opisanych dzieci liczyło 22 miesiące. Dzieci danej rodziny zapadają bynajmniej nie według starszeństwa: u poszczególnych dzieci choroba zacząć się może w różnym wieku. Płeć nie gra tu roli. Dziedziczność ma znaczenie doniosłe, przedewszystkiem dziedziczność jednorodna; w postaci rodzinnej obarczenie dziedziczne zauważano przytem znacznie czę-

*) Według mianownictwa »Słownika lekarskiego polskiego«. *Red.*

ściej (62%), niż w zwykłej moczówce cukrowej (22%). Obarczenie pochodzić może zarówno od ojca, jak od matki lub z linii jednego z rodziców; stwierdzano też cukrzycę w kilku pokoleniach z rzędu. Pleasants i Noorden zauważyli, że jeżeli cukrzyca powtarza się w kilku pokoleniach z rzędu, to zapadają na nią coraz młodsze osobniki (w trzeciem pokoleniu dzieci w wieku 4—8 lat). Oprócz dziedziczności jednorodnej stwierdzano zapadanie na cukrzycę dzieci chorych na dnę, osobników nerwowych, obarczonych gruźlicą lub kiłą; kile szczególnie przypisywano niemal wyłączne znaczenie (Schnée) w moczówce cukrowej rodzinnej. Rozpoczyna się cukrzyca bądź bez wyraźnych czynników poprzedzających, bądź w przebiegu choroby zakaźnej, lub po urazie, czy też wzruszeniu. Pierwszym objawem są zwykle zwiększone pragnienie i nadmierne oddawanie moczu lub zbyt częste oddawanie moczu w nocy; stan ogólny późno ulega zaburzeniom. Niekiedy jedynym objawem choroby jest cukromocz. Ilość cukru wynosi u dzieci od 3—5 lat średnio 50,0 — 100,0 na dobę, u starszych znacznie więcej: 300—360,0, a w jednym przypadku u 15-letniej dziewczyny 900,0 na dobę; ilość moczu waha się również znacznie. Obecność acetonu niezawsze jest objawem groźnym; kwas acetooctowy natomiast znacznie pogarsza rokowanie i zjawia się zazwyczaj u osobników już wyniszczonych. Zejście w większości przypadków bywa śmiertelne: wyleczenie zauważano bądź w przypadkach lekkich, gdzie jedynym objawem był cukromocz, bądź też w przypadkach z nieustalonem rozpoznaniem — z 43 przypadków cukrzycy u dzieci wyzdrowiało wogóle tylko 6. Choroba ciągnie się od kilku tygodni do 3—6—8 miesięcy, niekiedy 2 i 3 lata; pogorszenie występuje zwykle nagle i szybko wiedzie do zejścia śmiertelnego, poprzedzonego najczęściej przez śpiączkę. Ciężkość przebiegu, zdaje się, nie zależy od wieku chorych — u starszych dzieci widywano przebieg cięższy; zejście śmiertelne wskutek gruźlicy należy u dzieci do wyjątkowych (1 przypadek). Rokowanie naogół bardzo niepomyślne, szczególniej w postaciach rodzinnych; stwierdzenie choroby u jednego dziecka powinno skłonić do zwrócenia uwagi na inne. Leczenie w postaciach rodzinnych nie różni się od zwykłego — oprócz dyety, dobre wyniki (czasowe) widziano po podawaniu alkaliów (Vichy) i antypirynie.

W zakończeniu pracy podaje autor szczegółowy spis 30 zebranych z piśmiennictwa spostrzeżeń cukrzycy rodzinnej (1 własne). *W. Jasiński.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z dnia 27. kwietnia 1909.

1) Karwacki przedstawił **preparat krwi** białej myszy **z krętkami Obermeyera**. Po omówieniu prac Uhlenhutha i Haendla, Rabinowicza, omówił prelegent szczegółowo swoje doświadczenia. W jednym przypadku, po wstrzyknięciu 1 ctm sz. surowicy chorego z krętkami do otrzewnej białej myszy wystąpiło zakażenie krętkowe, trwające 3 dni. Nawrotów nie było, Mysz pozostała przy życiu. Przeniesienie krętków »mysich« na drugą mysz nie powiodło się. Poza krętkami prelegent znalazł we krwi ziarna, owalne, grube laseczki i formy cygarowate, na które zwracał już uwagę w swych poprzednich pracach.

2) Bychowski przedstawia: 1) 17-letnią pannę, u której przed 2 laty wystąpiły bole głowy, a przed rokiem postępujące osłabienie wzroku. Badanie przedmiotowe wykazało objawy wzmożonego wewnątrzczaszkowego ciśnienia, niedowidzenie połowicze skroniowe (*hemianopsia bitemporalis*) (lewem okiem rozróżniała tylko palce, a w prawem siła widzenia $^1/_8$), niedorozwój płciowy, nadmierne tycie i zniszczenie (na rentgenogramie) siodła tureckiego. B. rozpoznał **guz przysadki.** Chorą operował przez nos Prof. Eiselsberg w Wiedniu,który znalazł torbiel wielkości mniej więcej włoskiego orzecha. Pierwszy tydzień po operacyi chora się miała dobrze, potem wystąpiły objawy, które trwały przeszło miesiąc. Obecnie chora czuje się zupełnie dobrze. W prawem oku ma całe prawie pole widzenia z siłą wzroku $^2/_3$, w lewem również znaczna poprawa z siłą widzenia $^1/_8$. Kosmetyczny wynik niewiele również pozostawia do życzenia.

2) 42-letnią kobietę z niedowidzeniem połowiczem skroniowem i silnem osłabieniem wzroku, niewielkiem powiększeniem twarzy i języka i wybitnem powiększeniem siodła tureckiego. Osoba ta w 36. roku utraciła miesiączkę i uskarża się na bole głowy od 4 lat i ogólne osłabienie. B. rozpoznaje **rozpoczynającą się akromegalię w zależności od guza przysadki** mózgowej.

3) 19-letniego otyłego chłopca o dziecinnym wyglądzie, bez zarostu, z niedokształconymi narządami płciowymi, dotkniętego bolami głowy, ogólną apatyą i słabym rozwojem umysłowym. Rentgenogram i tu wykazuje zmiany w siodle tureckiem, co wskazuje na **powiększenie przysadki.** Brak objawów ocznych tłómaczy się tem, że wejście do siodła nie zostało tu zniszczone, a tylko samo siodło jest rozsadzone, co dowodzi, że przysadka rośnie na dół, niema więc ucisku na nerwy wzrokowe.

B. omawia naukę o gruczołach o wewnętrznej wydzielinie, do których przysadka niezawodnie należy, przytacza fakta, dowodzące istnienia jakiejś zależności między gruczołami rozrodczymi i przysadką, patogenetyczną rolę powiększenia przysadki przy akromegalii, i dochodzi do wniosku, że pomimo jeszcze wielu luk w naszej wiedzy, można jednakże przypuścić, że przysadka odgrywa tu wybitną rolę odżywczą w gospodarce ustroju, czego zresztą dowodzą i wyniki kliniczne, otrzymywane po usunięciu nowotworów przysadki, a bardzo zachęcające. B. zwraca dalej uwagę, że dokładne badanie pola widzenia u takich chorych może naprowadzić na istotne rozpoznanie we wczesnych już względnie okresach. Na końcu, posiłkując się rentgenogramami, omawia B. rozmaite zmiany, które mogą zachodzić w siodle tureckiem przy powiększeniu przysadki, i jakie z tego wynikają kliniczne wskazania do wczesnego rozpoznania powiększenia przysadki. — B. potwierdza ważność dokładnego zbadania nosa przed operacyą, co też nie omieszkał uczynić u swojej chorej.

Kopczyński w dyskusyi podnosi, iż związek **przyczynowy** pomiędzy zmianami w przysadce mózgu, a akromegalią nie jest bezwzględnie dowiedziony i nie można też wyłączyć współrzędności objawowej. Na dowód przytacza K. własne przypadki następujące: *a*) S., lat 22, garbarz, przedstawiany już raz w Towarzystwie przed 2 laty, a obecnie powtórnie z nadzwyczaj wybitnymi objawami akromegalii: rozrost skóry i tkanki podskórnej na czole i na części owłosionej czaszki, całe czoło grubo pofałdowane, nos wybitnie rozrośnięty tak w części kostnej, jak i w części mięsistej, dolna szczęka prawidłowa, wybitny rozrost kończyn górnych, kiści i przedramion i kończyn dolnych (stóp i goleni) tak kości, jak i części miękkich, silne pocenie się na czole i na dłoniach. Na szczególną uwagę zasługuje brak jakichkolwiek objawów mózgowych: brak bolów głowy, nudności, wymiotów, a zwłaszcza brak wszelkich zaburzeń ze strony wzroku, tak podmiotowych, jak przedmiotowych. Rentgenogram również nie dał danych dodatnich. *b*) Przypadek sekcyjny, pochodzący ze szpitala św. Ducha; chora za życia przedstawiała objawy depresyi psychicznej (nawet rzuciła się z balkonu I. piętra, jednak bez szczególnych następstw), zaburzeń wzroku o charakterze nieokreślonym (stan psychiczny utrudniał badanie) i moczówki prostej (*diabetes insipidus*, mocz o ciężarze właściwym 1001, 6 litrów na dobę). Oprócz zaburzeń wzroku żadnych objawów ogniskowych u chorej nie stwierdzono; żadnych dystroficznych objawów akromegalii chora również nie wykazywała. Sekcya (Prof. Przewoski) wykazała nowotwór przysadki, uciskający na skrzyżowanie nerwów wzrokowych; nowotwór ten był wielkości orzecha włoskiego, rósł ku górze i ku dołowi, miał znamiona torbieli skórzastej. W pierwszym więc przypadku mamy bardzo wybitną akromegalię bez dostrzegalnych zmian w przysadce mózgowej, w drugim mieliśmy nowotwór przysadki bez jakichkolwiek dystroficznych objawów, właściwych akromegalii. Co się tyczy operowania metodą Eiselsberga, to K. zwraca uwagę chirurgów, iż wszelkie ropienie w nosie i w sąsiednich zatokach stanowi przeciwwskazanie do tej operacyi. Eiselsberg stracił z tego powodu jeden przypadek akromegalii wskutek następczego ropnego zapalenia opon mózgowych.

Kryński: Usiłowania ostatniego dziesiątka lat w celu wyjaśnienia czynnościowej strony przysadki mózgowej nie dały dotychczas wyników rozstrzygających. Droga doświadczalna tych badań poniekąd zawiodła; więcej światła rzuciły spostrzeżenia kliniczne; wraz z wynikami sekcyjnymi, które zdają się ustalać związek przyczynowy pomiędzy czynnością przysadki (Hohenegg i Eiselsberg), o których mówił prelegent, stanowią one najbardziej przekonywające *experimentum in vivo.* Te jednak przypadki, gdzie znaleziono (na sekcyi) guz przysadki przy braku objawów akromegalii, staną się zrozumiałe, jeżeli uprzytomnimy

sobie budowę histologiczną tego narządu. Składa się on z dwóch części: gruczołowej, której nabłonki pełnią ową czynność wydzielniczą i nerwowej; zależnie więc od tego, która z nich jest siedliskiem sprawy chorobowej, nowotworu, występują, lub nie, w ustroju objawy, będące następstwem nadmiaru, czy też braku owej wydzieliny. Potwierdzenie tego dają przypadki operowane pomyślnie, w których usunięcie guza przysadki wpłynęło na ustąpienie objawów akromegalii; badanie mikroskopowe nowotworu wykazało tam budowę gruczolaka. Przed laty dziesięciu prowadził Kryński w ciągu lat paru doświadczenia w pracowni fizyologicznej Prof. Cybulskiego nad usuwaniem przysadki mózgowej u psów Większość zwierząt w następstwie operacyi ginęła; natomiast, rzecz bardzo ciekawa, u pozostałych przy życiu później na sekcyi stwierdzić było można prawie zawsze obecność choć maleńkiej części przysadki, która podczas doświadczenia nie została usunięta w zupełności. Co się tyczy dostępu do tego narządu, to w rzeczonych doświadczeniach Kr. obrał drogę od strony stropu gardła poprzez podstawę czaszki: po odpowiednim udostępnieniu pola operacyjnego wycinał specyalnym trepanem otwór okrągły w kości podstawy czaszki, przez który kleszczykami lub żegadłem Paquelina usuwał przysadkę. Rzecz prosta, że operując na tak małym terenie i w takiej głębokości, nie zawsze udawało się usunąć cały narząd, jak to wspomniano już powyżej, co zwykle rozstrzygająco wpływało na losy zwierzęcia. Tej drogi operacyjnej u ludzi dotychczas nie stosowano; byłaby ona niewątpliwie mniej dogodna, niż u psów, gdzie z jednej strony budowa jamy gardłowej, z drugiej — brak zatok kości klinowej ułatwiają w tym kierunku dostanie się do podstawy mózgu. W kilku dotąd operowanych przypadkach u ludzi torowano sobie drogę od strony podstawy nosa poprzez kość sitową i ścianę zatok czołowych, co daje dostęp bardzo ograniczony i ciemny. Czy uda się stworzyć drogę lepszą, rzecz to niedalekiej prawdopodobnie przyszłości, zależna przedewszystkiem od większej liczby odpowiednich do tej operacyi przypadków chorobowych, których dostarczenie do operowania u nas powinno leżeć na sercu naszym neuropatologom.

Karczewski omawia szczegółowo technikę operacyjną przy nowotworach przysadki mózgu. Do tej pory znane są cztery drogi operacyjne: 1) przez kość skroniową (Horsley), 2) przez zatokę czołową, 3) z odchyleniem nosa przez kość sitową, i 4) przez podniebienie miękkie. Najwięcej praktykowany obecnie jest sposób trzeci, a mianowicie przez odchylenie nosa przez kość sitową, zmodyfikowany przez Hohenegga przez dodanie cięcia wzdłuż brwi. Operacya technicznie nie przedstawia nic trudnego. Pierwsza część operacyi, t. j. do chwili dotarcia do przysadki, nie nastręcza zbytnich trudności, w drugiej części zabiegu, gdy przez niewielki otwór w kości usuwamy ostrą łyżeczką nowotwór, pracując na ślepo, nigdy nie mamy kontroli, czy nowotwór został w całości usunięty i czy nie naruszyliśmy samej istoty mózgu lub nerwów. Wynik operacyjny zależy przedewszystkiem od wielkości i charakteru samej sprawy chorobowej, wobec czego mówca nie uważa za właściwe skierowywania takich chorych do chirurgów zagranicznych.

Higier zwraca uwagę, że akromegalia nie jest zjawiskiem stałem przy chorobach przysadki. H. spostrzegał przypadek nowotworu przysadki, gdzie nie było żadnych zmian troficznych. Znane zaś są przypadki akromegalii, gdzie przysadka nie jest zajęta.

Ciechomski zaznacza, że o ile rozpoznanie cierpienia przysadki mózgowej, n. p. jej guzów, zostało ostatnimi czasy należycie opracowane i ustalone, o tyle znowu postępowanie operacyjne pozostawia jeszcze bardzo wiele do życzenia. Metoda Schloffera, powtórzona w kilku przypadkach przez Eiselsberga, nie może być uważana za chirurgiczną od początku do końca, skoro operujący, przedostawszy się do siodła tureckiego i przewierciwszy w niem otwór wielkości ziarnka grochu, chwyta za łyżeczkę i zaczyna nią skrobać, oczywiście na ślepo, coś miękkiego o niewiadomych mu zupełnie granicach. Rodzi się tedy pytanie, czy postępowanie takie może być uważane za ścisłe; wiadomo nam dobrze, że nie wolno wyskrobać za dużo, ale cóż będzie warta operacya, jeżeli wyskrobiemy za mało, n. p. przy nowotworze złośliwym. Co znaczyłoby n. p. takie skrobanie, i gdzie byłby kres jego wobec guza przysadki wielkości prawie pięści, jaki przed paru tygodniami widzieliśmy tu na przekroju czaszki, dostarczonym przez kol. E. Zielińskiego? Hochenegg natrafił na maleńki gruczolak przysadki, a więc guz łagodny, i dlatego przypadek ten został uwieńczony zupełnem powodzeniem; inne przypadki albo skończyły się niepomyślnie, albo dalszy ich wynik jest jeszcze niepewny. Wogóle rzec można, że operacya drogą nosową wcale nie jest trudna pod względem technicznym, raczej jest jeszcze bardzo niedoskonała jako zabieg leczniczy. Powracając jeszcze do sprawy, poruszonej przez poprzednich mówców, zapytuje Ciechomski, co powiedzianoby w wiedeńskiem Towarzystwie lekarskiem, gdyby wiedeński lekarz chciał przedstawiać chorego, wysłanego przez siebie do Paryża lub Londynu i tam operowanego? Czy wiedeński profesor zdołałby zebrać 5 przypadków, gdyby nie obdarzono go zaufaniem w przypadku I. już wtedy, gdy inni operacyę tę już robili?

Pręgowski zaznacza, że zabiegi chirurgiczne przy nowotworach przysadki mózgu dają mniej korzyści praktycznych, niż teoretycznych. Chorego nie możemy nigdy zapewniać, że całkowicie będzie wyleczony. Co się tyczy zarzutów, jakie stawiają koledzy chirurdzy prelegentowi, to mowca uważa je za niesłuszne: tam, gdzie chodzi o namawianie chorego do ciężkiego zabiegu, uważa za słuszne skierowywanie chorego do chirurga, który już podobny zabieg wykonał, choćby to był chirurg zagraniczny. *Antoni Majewski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawozdanie delegacyi Sekcyi dentystycznej w Krakowie.

Dnia 29. i 30. VI. b. r. bawiła w Wiedniu delegacya lekarzy-dentystów polskich z zachodniej Galicyi, złożona z Prof. Dra Łepkowskiego, Dra Merunowicza i Dra Praetzla. Delegacya ta wyjechała wskutek wezwania wiedeńskiego Stow. Stomatologów i Centralnego Związku lekarzy, celem podjęcia wspólnej akcyi w obronie lekarzy.

Delegacya krakowska łącznie z delegatami Styryi, Krainy, Karyntyi, Dalmacyi i t. d., bawiącymi w tymże celu podówczas w Wiedniu, prowadzona przez Prof. Łepkowskiego i lekarzy polskich, odbyła szereg konferencyi z poszczególnymi członkami komisyi sanitarnej parlamentu, z przewodniczącym posłem Drem Dietziusem, zastępcą Drem Michaelem, z przewodniczącym subkomitetu X. Stojanem, z prezesem Koła polskiego Prof. Głąbińskim, jakoteż z wielu innymi posłami rozmaitych stronnictw.

Delegaci przedstawili swoje słuszne stanowisko, zajmowane w sprawie techników ze względu na społeczeństwo i ze względu na obronę stanu lekarskiego.

Motywa, podane przez delegatów, zostały ogólnie uznane za słuszne i sprawiedliwe. a streszczają się w następujących punktach:

W przedłożeniu rządowem przyznano słusznie, że technika dentystyczna stanowi integralną część dentystyki lekarskiej i od niej wobec znacznych postępów tej gałęzi medycyny odłączyć się nie da. § 6 przedłożenia postanawia, że personal pomocniczy i wykonywanie techniki może być dozwolone, prócz lekarzom, tylko tym, którzy posiadają do tego uprawnienie, a równocześnie ten sam ustęp § 6 postanawia, że w przyszłości technika ma być oddana wyłącznie lekarzom. Z tych właśnie powodów utworzono w ostatnich latach kliniki dentystyczne w każdym uniwersytecie, gdzie koledzy, poświęcający się tej gałęzi medycyny, mają sposobność techniki się nauczyć, a udzielanie koncesyi ludziom, nie posiadającym kwalifikacyi, jest obecnie zupełnie zbyteczne i nieodpowiednie.

Przy zmianie systemu rząd liczy się z technikami koncesyonowanymi, a lekarze pojmują to i nie chcą bynajmniej pozbawiać rodzin techników odrazu chleba, pomni, że błąd raz uczyniony, potem jednem pociągnięciem pióra naprawić się nie da. Nie mogą jednak zezwolić bez zastrzeżeń, bez egzaminów, bez kontroli koncesyi, które w rozmaity sposób nabyte zostały (często bez odpowiednich kwalifikacyi tylko drogą protekcyi), na dalsze rozszerzenie czynności techników, zrównujące ich prawa z lekarzami, bo dozwalające wedle § 3 ustawy na wykonywanie nawet operacyi krwawych z wyłączeniem uśpienia, dozwalające na używanie leków, leczenie i plombowanie zębów, albowiem czynności te wymagają wiadomości z zakresu anatomii, anatomii patolog., chirurgii i t. p. Egzamina, jakichby nowe przedłożenie rządowe od techników wymagało, bez znajomości medycyny będą zawsze nie wystarczające, gdyż dentystyka w ostatnich latach, dzięki lekarzom, tak znaczne poczyniła postępy, że spro-

stać zadaniom nowoczesnego dentysty może tylko doktor wszech nauk lekarskich, a niektórzy technicy rekrutują się ze służby, laborantów, a nawet zdarzają się między nimi i analfabeci, zwłaszcza w miasteczkach galicyjskich.

Jak z tem pogodzić zdanie Prof. Mosetiga, który powiada: »Operacyjna dentystyka należy do chirurgii, a ci, którzy ją wykonują, muszą być obznajomieni z chirurgią«. — Tego samego zdania był Prof. Mikulicz. Prof. Eiselsberg wystąpił obecnie bardzo ostro i stanowczo przeciwko technikom, nazwał przedłożenie urąganiem się z kultury i XX. w., inne powagi naukowe uznały takie przedłożenie za propagandę partactwa, a niedawno odbyło się w Wiedniu zebranie wszystkich lekarzy wiedeńskich, którzy założyli protest przeciw referatowi posła Heilingera.

Przecież każdy słuchacz medycyny miał sposobność poznać fatalne skutki zaniedbywania zębów, następstwa złamań zęba lub zapóźno przedsięwziętej operacyi w jamie ustnej, a jeżeli dotąd lekarze przeciw technikom nie występowali, to pochodziło stąd, że każdy z nich wolał się oddawać pracy, aniżeli spędzać czas po sądach.

Dzięki nowoczesnym badaniom, dentystyka tak znacznie postąpiła w ostatnich 15 latach, że część operacyjna, t. zn. usuwanie zębów, należy obecnie do czynności rzadszych; w niektórych miastach austryackich jest bardzo wielu kolegów, którzy ekstrakcyi zębów nie wykonują, inni nie wykonują techniki, inni zaś poświęcają się wyłącznie ortodentystyce, t. zn. prostowaniu i regulowaniu zębów. Gdy przed 25 laty dentyści dziennie wyrywali 40—50 zębów, obecnie nawet bardzo zajęci, ze znaczną klientelą, wykonują tyleż ekstrakcyi zaledwie w ciągu $^1/_4$—$^1/_2$ roku, albowiem dzisiaj ząb bardzo nawet spruchniały da się jeszcze uratować, a korzeń po odpowiedniem zaopatrzeniu i wyleczeniu zaplombować. Nie wolno nam również zapominać, że po ekstrakcyach zdarzają się znaczne krwotoki i bardzo ciężkie omdlenia; — ażeby w każdym wypadku podołać zadaniu, trzeba być lekarzem.

Lekarze dentyści mogą rozpoznać w ustach zmiany kiłowe lub zmiany, wywołane przez inne choroby zakaźne, o których chory nawet nie wie, lub którym stara się zaprzeczyć. — Schorzenia szczęki, krtani i t. p., często rozpoznają pierwsi lekarze dentyści, a przez szybkie skierowanie chorego do lekarza specyalisty zapobiegają niejednemu nieszczęściu, sprawiają, że niejedno cierpienie zostaje usunięte lub przynajmniej złagodzone.

Motywów takich przytoczyć możnaby setki, lecz nie leży to w zakresie mojego referatu; wystarczy powołać się na zdanie Prof. Mikulicza. W swem dziele przytacza on cały szereg chorób rozpoznanych przez lekarzy dentystów, a samej dentystyce przypisuje ogromne profilaktyczne stanowisko w medycynie.

Przed 50 laty, kiedy dentystyka znajdowała się w powijakach, mogła się ona obejść bez lekarzy; czynność dawniejszych dentystów ograniczała się tylko do ekstrakcyi, do plombowania zębów, dotkniętych nieznacznem próchnieniem, bez ich leczenia, i wreszcie do sztucznych zębów na kauczuku; wobec jednak znacznych postępów dentystyki, wobec zastósowania aseptyki, antyseptyki, znieczulenia miejscowego i ogólnego, elektrolizy, i t. d. dentyści powinni być lekarzami, gdyż dentystyka stanowi część chirurgii, która, jak wiadomo, przeszła podobne losy, jak obecnie dentystyka. *Dr Gustaw Praetzel.*

Zjazd lekarzy okręgowych we Lwowie w dn. 10. VII. b. r. przyjął regulamin Związku lekarzy okręgowych i oznaczył termin I. Walnego Zebrania na d. 25. IX. b. r. Dr Zasacki wniósł, by podjąć starania o uproszczenie wykazów szczepienia (co też uchwalono) i przedstawił praktyczny przyrząd do szczepienia własnego pomysłu. Dr Mikołajski poruszył doniosłość walki z gruźlicą i udział w tej akcyi lekarzy okręgowych, Dr Ferensiewicz konieczność zbierania statystyki gruźlicy. (Głos lek. 15). *R.*

W sprawie nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wydało Namiestnictwo galicyjskie okólnik (L. VII. b. 989/20 z d. 28. VI. 1909), w którym zwraca uwagę na wartość leczniczą swoistej surowicy, (którą można otrzymać w Zakładzie seroterapeutycznym w Wiedniu IX. Zimmermanngasse 3). Surowicę wstrzykuje się po nakłuciu lędźwiowem (i wypuszczeniu 20 cm³ płynu) w ilości 20 cm³ do kanału kręgowego; jeżeli w dobę lub dwie niema polepszenia, polecają ponowne wstrzyknięcie 20 cm³. Wyniki, uzyskane w Ameryce, w Niemczech i w szpitalach wiedeńskich wskazują, że surowica ta obniża śmiertelność o połowę. Celem zwalczania epidemii zapalenia opon, zaleca okólnik: 1) Badanie bakteryologiczne osób z otoczenia chorego, a w razie wyniku dodatniego, wyłączenie tych osób od stykania się z większą liczbą ludzi, wyjątkowo zaś tylko odosobnienie ścisłe; zbyt ostre postępowanie jest zazwyczaj powodem tajenia choroby. Przy pojawieniu się liczniejszych przypadków choroby, należy wyśledzonych lub domniemanych »roznosicieli« choroby pouczyć, jak się mają zachować, by choroby nie krzewić; również należy odpowiednio pouczać szersze koła ludności. Dzieci szkolne z rodzin zakażonych należy na 3 tygodnie ze szkół usunąć. Chorych należy odosobnić, ile możności w szpitalu. 2) Odkażanie należy ograniczyć głównie do bielizny i pościeli, przyczem wystarcza wygotowanie w ługu. Zbyteczne jest odkażanie koców, materaców i t. p. w parowym przyrządzie. Tylko wilgotne i niehigieniczne mieszkania należy odkażać formaliną. Wogóle przy zwalczaniu tej epidemii należy mieć na względzie, że zarazek poza ustrojem rychło ginie i że zakażenie następuje prawie wyłącznie przez zdrowych »roznosicieli« zarazka. *R.*

37. wiec lekarzy niemieckich (Deutscher Aerztetag), który zebrał się w Lubece głównie w celu rozstrzygnięcia pytania, czy lekarze mogą przyjąć nowy projekt ubezpieczenia państwowego, czy nie, uchwalił przychylić się w zupełności do następujących uchwał Związku lipskiego: »Lekarze niemieccy uchwalają, że nie będą korzystać z przypadającego im prawa wyboru do nowo mających powstać urzędów polubownych, jakoteż, że nie będą brać żadnego udziału w układaniu regulaminu lekarskiego w kasach i nie będą starać się o posady, lecz sprawy te zostawiają do rozstrzygnięcia swej organizacyi. Gdyby mimo to ustanowiono regulamin lekarski, resp. urzędy polubowne, lekarze odstąpią od układów na mocy przepisów prawa cywilnego, nie będą zawierać nowych kontraktów bezpośrednio z kasami, lecz przez organizacye; chorych kasowych będą uważać za prywatnych i leczyć według taksy, ustanowionej przez organizacyę i wstrzymają się od wystawiania świadectw dla kas«.

Jak wiadomo, nowy niemiecki projekt ogólnego ubezpieczenia nietylko nie uwzględnia słusznych życzeń lekarzy, ale wprost ich krzywdzi, odbierając im wszelką samodzielność, zabierając połowę prywatnej praktyki, a do rozstrzygania sporów ustanawiając sądy i izby polubowne, w których lekarze są zawsze w mniejszości. Nadto nowy projekt wyraźnie zaznacza, że lekarzy, poddających się pod opiekę urzędów polubownych, nie wolno pociągać do żadnej odpowiedzialności przed sądy honorowe lekarskie. Punkt ten ma na celu zniszczenie wszelkiej ingerencyi i władzy organizacyi lekarskich nad ich członkami. *X.*

W sprawie walki między lekarzami dentystami a technikami dentystycznymi odbyły się w Wiedniu dwa wiece, a to z powodu referatu posła Heilingera, przedłożonego komisyi sanitarnej parlamentu. Poseł Heilinger żąda, by technicy mieli prawo wykonywać wszelkie czynności dentystyczne, a więc wyrywać zęby, samoistnie plombować, używać ostrych środków z wyjątkiem uśpienia i t. p. Na wiecu lekarskim uchwalono jednomyślnie protest. Jak niestety wszędzie, tak i tu, względy osobiste odgrywają wielką rolę. Poseł Heilinger np. był dawniej płatnym konsulentem prawnym techników. Twórca zaś projektu minister Härdtl jest prezesem klubu łowieckiego, a wiceprezesem klubu jest p. Gattineau, będący zarazem prezesem związku techników dentystycznych. *X.*

Kasy zapomogowe (Hilfskassen) w Austryi miały według zestawienia Doc. Lambergera z r. 1906 wcale pokaźną liczbę takich członków, którzy właściwie należeć powinni do praktyki prywatnej. I tak należy do kas zapomogowych urzędników adwokackich 2105, urzędników bankowych 1366, urzędników-nauczycieli 454, urzędników notaryatu 338. *X.*

Postępy higieny szkolnej omawia Gottstein w Nrze 26 *Mediz. Klinik.* Dawniej dbano więcej o higienę budynku szkolnego, a nie troszczono się prawie o zdrowie i higienę dzieci. Obecnie, a zwłaszcza od wprowadzenia w niektórych miastach instytucyi lekarzy szkolnych, obydwa punkty znajdują uwzględnienie. Budynki szkolne nowoczesne są obszerne, zaopatrzone w łazienki, jadalnie, hale do zabaw i ćwiczeń gimnastycznych. Osobne przyrządy regulują automatycznie ciepłotę w salach. Kurz z podłóg usuwać się daje zapomocą osobnych olejów do podłóg, a ściany pokrywać należy przeciwgnilnemi farbami i pokostami. Czynność lekarzy szkolnych okazała się bardzo zbawienna. Czynność tę określają podręczniki Fürsta i Pfeiffera: »Schulhigienisches Taschenbuch« i Poelhaua: »Anleitung für die schulärztliche Tätigkeit«. Jest także w toku zakładanie szkolnych klinik dentystycznych, a za radą Poelhaua umieszczanie przy każdej większej szkole siostry miłosierdzia, która ma dbać

o wypełnianie zleceń lekarza, towarzyszyć dzieciom do pozaszkolnych ambulatoryów i specyalistów i t. p. Towarzystwo lekarskie w Norymberdze ofiarowało się założyć poliklinikę szkolną dla ubogich dzieci szkolnych i żąda od miasta tylko lokalu, ofiarowując pomoc lekarską bezinteresownie. *X.*

Zakaz sprzedaży przetworów »ekstrakt piwny Gäro«, wyrobu firmy Hildebrandt i Wöller z Hannoweru (polecanych do sporządzania domowego piwa), jako zdrowiu szkodliwych, wydały austr. ministerstwa spraw wewn. i handlu. *X.*

W sprawie środków spożywczych wydało austr. ministerstwo spraw wewnętrznych do zakładów badania środków spożywczych następujące rozporządzenie: 1) Zakazuje się używania formaliny do fabrykacyi wód do ust. 1) Farbowanie rafinowanych olejów jest niedozwolone. Wolno czyścić oleje i tłuszcze alkaliami ewentualnie kwasami. 3) Miodowe masło składać się powinno jedynie z naturalnego miodu i czystego naturalnego masła. 4) Do glasowania kawy palonej wolno używać jedynie cukru lub żywicy. 5) Nie wolno dodawać do środków spożywczych melasy burakowej. 6) Tłuszcz kokosowy powinien być sporządzany ze świeżych kokosów, a nie z importowanej »kopra«. *X.*

Majątek bawarskiego Związku pensyjnego dla wdów i sierot po lekarzach wynosi blizko $1^1/_2$ miliona marek. Wdowy otrzymują rocznie 300 marek pensyi i około 60 marek dywidendy, małoletnie sieroty po $^1/_5$ pensyi wdowiej. Rząd wspomaga związek roczną dotacyą 8470 marek, »Münchener med. Wochenschrift« subwencyą 2000 marek, prócz tego wpływają liczne ofiary prywatne. *X.*

Budapeszteńska kasa chorych robotników ma około 157.000 członków i zatrudnia 370 lekarzy, między nimi zaś wielu specyalistów. Honorarya lekarskie wynoszą 866.664 koron rocznie, średnio więc na lekarza po 2000 koron. Kasa ma własny zakład rentgenowski, pracownię chemiczną, sanatoryum dla chorób płucnych, zakład hydropatyczny i 5 ambulatoryów. Lekarze kasy miewają wykłady popularne (35 rocznie) z zakresu higieny zawodowej i społecznej. *X.*

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca czerwca 1909 . .	472,747	280,494
W lipcu 1909	2,250	—
Razem .	474,997	280,494

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 25. VII. do 31. VII. 1909 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Międzygórze 3, Zaleszczyki małe 1, Kurdwanówka 3), Czortków (Kalinowszczyzna 1), Drohobycz (Dołhe ad Rybnik 3), Gródek jag. (Stawczany 2), Horodenka (Niezwiska 7), Kałusz (Medynia 5), Kamionka (Żuratyn 1), Kołomyja (Gwoździec stary 2, Soroki 1), Lisko (Procime 2), Podhajce (Sokołów 1), Sanok (Osławica 1), Tłumacz (Dolina 2), Turka (Butelka niżna 2); ospy sprawdzono 1 przypadek w Łańcucie. *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 25. VII. do 31. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (w tem obcych — † —), płonicy 32 † 8 (9 † 2), odry 11, duru brzusznego 4. *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. VII. do 31. VII. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 2 † —), płonicy 6 † 1 (w tem obcych 3 † —), odry 2 † — (— † —), duru brzusznego 1 † — (— † —), czerwonki 2 † — (1 † — nagm. zapalenia opon 1 † 1 (1 † 1). *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 11. VII. do 17. VII. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 2, odry 2, płonicy 10, róży 8, duru plamistego 14 † 3, duru brzusznego 9, duru powrotnego 7, błonicy 7, dysenteryi 3, grypy 10. (*Gaz. lek.* 31).

I. Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie 11. do 13. X. 1909.

Uczestnikami Zjazdu mogą być wszyscy ci, którzy interesują się psychologią, psychiatryą i neurologią i wniosą na ręce skarbnika (Dr A. Ciągliński, Warszawa, ul. Kopernika 11) rb. 10. W zamian za to otrzymają bilet uczestnictwa z prawem wstępu na wszelkie posiedzenia naukowe i zebrania towarzyskie Zjazdu. Tematy zgłaszać należy w najkrótszym czasie, streszczenia zaś referatów (najwyżej 20 wierszy druku) powinny być nadesłane przed 15. IX. r. b., w celu wydrukowania i rozdania ich uczestnikom przed rozpoczęciem prac Zjazdu. Referat trwać może najwyżej 20 minut, przemowy zaś w dyskusyi pięć minut. W sprawach Zjazdu zwracać się należy piśmiennie do biura Zjazdu (Warszawa, Niecała 7, lokal Tow. lekarskiego), osobiście zaś do sekretarzy Komitetu organizacyjnego, Dra T. Łapińskiego (Smolna 17, od $5^1/_2$ do 7 popoł.) i Dra W. Szterlinga (Boduena 1, od 4 do 6 popoł.)

Na posiedzenia ogólne zgłoszono następujące tematy: 1) Prof. Twardowski: O metodach psychologii. 2) Dr R. Radziwiłłowicz: Terminologia polska w psychopatologii.

Na posiedzenia sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej zgłoszono następujące tematy ogólne: 1) Bychowski i Biro (mózg), Flatau (rdzeń), Męczkowski (móżdżek). Nowotwory układu nerwowego i ich leczenie. 2) L. Bregman i Wł. Sterling: Padaczka i stany pokrewne. 3) M. Bornstein i A. Wizel: Rozpoznanie różniczkowe psychozy maniakalno-depresyjnej i stępienia wczesnego. 4) H. Higier: Klasyfikacya idyotyzmu.

Pozatem na posiedzeniu sekcyi neurologiczno-psychiatrycznej zgłoszono następujące odczyty: 1) A. Pański: O nerwicach urazowych. 2) T. Łapiński: Uraz a choroby umysłowe. 3) Flatau i B. Sawicki: O żebrze dodatkowem. 4) H. Nussbaum: W sprawie wskazań do stosowania narkotyków w cierpieniach układu nerwowego. 5) Tenże: O współbezczynności. 6. J. Tur: Badania nad rozwojem potworności płaty neurycznej. 7) St. Kopczyński: O postępującym zaniku twarzy. 8) A. Puławski: Rokowanie i leczenie w chorobie Gravesa (Basedowa). 9. K. Noiszewski: O czuciu włosowem i gruczołowem. 10) Tenże: O siatkówce krowiej. 11) A. Leśniowski: W sprawie gruczołów przytarczycznych. 12) W. Łapiński: Ortopedyczno-chirurgiczne leczenie porażeń spastycznych u dzieci. 13) S. Goldflam: W sprawie chromania przestankowego. 14) M. Bernstein: O apraksyi. 15) J. Handelsman: Meningitis cerebrospinalis epidemica. 16) J. Koelichen: Meningitis serosa. 17) J. Rotstat: O metodach badania drobnowidowego mięśni. 18) Wł. Sterling: O zaburzeniach psychicznych w nowotworach mózgu. 19) A. Mikulski: O wynikach badania inteligencyi chorych umysłowo za pomocą metod Ebbinghausa, Heilbronnera i autora. Sekretarze: *T. Łapiński, W. Sterling.*

Wiadomości bieżące.

Lwów. Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej w d. 30. VI. 1909 zaopiniowano przychylnie podanie o przeniesienie koncesyi aptecznej w Kozowie, a ujemnie podanie o koncesye na 2 nowe apteki, uchwalono w protokołach Izby ogłaszać zamiast początkowych liter nazwisk i miejscowości tylko »N. N.«; uchwalono sprostować wiadomości o lekarzu kasy chorych N., odmówić interwencyi wobec kasy chorych N., w sprawie innej kasy chorych wyrazić zasadniczą opinię, »że lekarz kasy może z ważnych powodów odmówić wyjazdu do chorego kasy«; zatwierdzono umowę Dra N. o posadę lekarza policyjnego; uchwalono zapomogę (50 kor.) dla jednego z lekarzy; zalecono jednemu z lekarzy redukcyę żądanego honoraryum; zażądano wyjaśnienia od Dra N. co do zarzutu, że samowolnie kazał zdjąć ostrzeżenie z domu, zakażonego durem plamistym.

— Wystawę miast polskich urządza miasto Lwów w roku 1910.

Warszawa. »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1907« opuścił świeżo prasę przy III zeszycie »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego«. »Przegląd piśmiennictwa«, odznaczający się, jak zwykle, starannym układem i sumiennem opracowaniem, daje pełny obraz całorocznych plonów naszego piśmiennictwa. Jest rzetelną zasługą redaktora »Pamiętnika«, Dra Rzętkowskiego i grona lekarzy warszawskich, podejmujących żmudną pracę streszczenia polskich prac lekarskich, że nie dali upaść temu niezmiernie pożytecznemu wydawnictwu, które powinno być w rękach każdego lekarza-Polaka. Ukazanie się »Przeglądu piśmiennictwa« za rok 1907 o kwartał wcześniej, niż poprzedniego, pozwala mieć nadzieję, że i za rok 1908 wkrótce będziemy mieć w rękach sprawozdanie.

— Termin »Wystawy miast Królestwa Polskiego« oznaczono na 15. V. do 1. X. 1911. Program wystawy, uwzględniający higienę miast w szerokich granicach, przyjęto według projektu Dra Polaka.

— Miejska komisya ulepszenia szpitalnictwa uznała za konieczną budowę nowych gmachów dla szpitala św. Rocha; stary gmach szpitala tego należy obrócić na centralne ambulatoryum. Szpital zaś św. Łazarza wymaga gruntownej przebudowy kosztem pół miliona rubli, któreby można uzyskać ze sprzedaży części gruntów szpitalnych.

— Zarząd siedleckiego Towarzystwa lekarskiego organizuje 7—10 sierpnia b. r. zbiorową wycieczkę do Druskienik dla zwiedzenia zakładu leczniczego.

Z różnych stron. W maju upłynęła 100. rocznica śmierci Leopolda Auenbruggera, wynalazcy opukiwania. Auenbrugger urodził się w Gracu w r. 1722, studyował w Wiedniu, gdzie też w końcu osiadł i zdobył sobie bardzo wielką klientelę. W r. 1761 wydał broszurę, liczącą 95 stron, p. t. »Leopoldi Auenbrugger medicinae doctoris in caesareo regio nosocomio nationum Hispanico medici Ordinarii, Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi«. *X.*

— Przy wiedeńskiem Pogotowiu ratunkowem założono instytut dozorców i pielęgnujących chorych. Na wezwanie telefoniczne lekarza lub osoby prywatnej wysyła pogotowie zaraz do domu chorego uzdolnionego sanitaryusza do pielęgnacyi.

— Berliński dziennik »Tägliche Rundschau« z 24. VII. 1909 pisze: »Polski bojkot zdrojowisk niemieckich i letnisk, pomimo ożywionej agitacyi polskich zapaleńców, jak w poprzednich latach tak i w bieżącym roku sromotnie zawiódł, co polskie pisma zresztą same przyznają. Z uznania godną otwartością zaznaczają pisma kąpielowe polskie, dla jakiej to przyczyny nawet »najpatryotyczniej« usposobieni Polacy zamiast do galicyjskich i rosyjsko-polskich zdrojowisk wolą jeździć do niemieckich.

Pomimo, że im nie brak zdrojowisk o siłach niezwykle uzdrawiających, to — pomijając już prymitywne urządzenia w polskich uzdrowiskach — tak dawniej jak dziś, w szczególności w mieszkaniach dla gości, panuje największy nieporządek i niechlujstwo — słowem »eine polnische Wirtschaft«.

Dla tej przyczyny wszelkie usiłowania bojkotu marnieją bezskutecznie, a w niektórych uzdrowiskach Polacy bawią tak licznie, że lekarze rozumiejący język polski osiedli tam na miesiące letnie«.

Mianowani: profesorami nadzwyczajnymi tytul. docenci czeskiej wszechnicy w Pradze: dermatolog Dr Bukovsky, okulista Dr Chalupecky, anatom Dr Völker; Dr Levy-Dorn, kierownik oddziału rentgenowskiego w szpitalu Virchowa w Berlinie, profesorem; patolog doc. Rössle w Monachium profesorem nadzw.; Dr Jan Fortwangler referentem sanitarnym Śląska austr.; Prof. Heine z Królewca profesorem otyatryi w Monachium; Doc. Gruzdjew profesorem kliniki lekarskiej w Charkowie; otyatra Doc. Hegener w Heidelbergu profesorem nadzw., Prof. Hippel z Heidelbergu dyrektorem kliniki okul. w Halle; Prof. Czerny z Wrocławia dyrektorem kliniki pedyatr. w Strassburgu. *X.*

Zmarli: Dr Adam Leszczyński, lekarz naczelny kolei poleskich w Wilnie, zmarł w Paramé we Francyi.

Redakcya otrzymała: Moses: Do diagnostico de molestias infectuosas pela reacçao de Bordet Gengou. Trabalho do instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro 1909. — Aragao: Mais un novo carrapato brazileiro. Rio de Janeiro 1908. — Neiva: Biologia da dermatobia cyaniventris Macq. Rio de Janeiro 1908. — W. Reis: Twardy uszypułowany włókniak w rąbku spojówkowym. Odbt. »Postęp okul.« 1909. — Pelczar: Historya rozwoju Truskawca i ulepszenia lat ostatnich. Kraków 1909. W. Reis: Die sog. Trachomkörperchen vom Standpunkte der bisherigen Forschungen über die Aetiologie des Trachoms. Wiener klin. Woch. 1909. — Frenkel: Die Kleinhirnbahnen der Taube. Akad. Umiej. 1909. — Falgowski (Poznań): Üb. zystoskopische Befunde nach gynäkologischen Operationen. Zeits. f. gynäk. Urologie. 1909. — Janowski Wł.: O krzywej przedsionkowo-przełykowej, jej tłómaczeniu i znaczeniu. Sprawozd. Towarzystwa nauk. warsz. 1909. — Rothschild: Aetiologie der Prostatahypertrophie, Berliner klin. Wochens. 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w lipcu 1909:

Gazeta lekarska Nr 27. Pruszyński: Rozwój i przyszłość terapii. Gryglewicz (c. d.). — Nr 28. Karwacki: Z kazuistyki bakteryologicznej; o zarazku nagminnego zapalenia przyusznic. Palmirski i Karłowski (dok.). Gryglewicz (dok.). — Nr 29. Bartkiewicz: Poszukiwania nad przeszczepianiem nowotworów złośliwych z człowieka na zwierzęta. Judt: O rentgenoterapii raka. Jaworski J.: Rak pierwotny pochwy. — Nr 30. Chorążycki: Podśluzowe wyłuszczenie przegrody nosowej. Karwacki: Z kazuistyki bakteryologicznej. Cocco-bacillus fusiformis (nova species), jako zarazek posocznicowy. — Nr 31. Palmirski: O szczepieniach ochronnych przeciwko płonicy.

Medycyna i Kronika lek. Nr 27. Bychowski: O rozpoznawaniu i operacyjnem leczeniu nowotworów przysadki mózgowej. Róbin: O wartości rozpoznawczo-leczniczej dyety próbnej Schmidta w chorobach kiszek. — Nr 28. Róbin (dok.). Bychowski (dok.). — Nr 29. Biehler Matylda. Zapalenie miedniczek nerkowych i nerek, jako powikłanie odry. Helman: Przyczynek do kazuistyki tętniaków gardzieli. — Nr 30. Springer: O wartości próby Schürmanna dla określenia syfilisu. Helman (dok.). — Nr 31. Mikulski: Otępienie przedwczesne w przypadku akromegalii nietypowej. Konwerski: Stosowanie emanacyi radu w lecznictwie.

Tygodnik lekarski Nr 26. Moraczewski: O stosunku indykanu w moczu do indolu w kale. Reis: O t. zw. »ciałkach jagliczych« w świetle dotychczasowych badań nad etyologią jaglicy. — Nr 27. Nowicki: Nowotwory w świetle najnowszych badań. Moraczewski (c. d.). — Nr 28. Nowicki (dok.). Moraczewski (dok.). — Nr 29. Herman: O leczeniu raka Jedlicka: O torbielach kostnych. — Nr 30. Czernecki: Dwa przypadki mięsaka przewodu pokarmowego. Herman (dok.).

Nowiny lek. Nr 7. S. Rudzki: Elephantiasis familiaris. M. W. Herman: Z doświadczeń i rozmyślań nad zapaleniem wyrostka robaczkowego. Zanietowski: Odczyty o postępach elektromedycyny w świetle prac nowszych i własnych. Ehrenpreis: O bezpłodności kobiecej w małżeństwie. Szczygłowski: Niedomoga ruchowa i rozstrzeń żołądka. Klęsk: O złamaniach kości. Karwowski: Przyczynek do leczenia pryszczycy. Rontaler: Sprawozdanie z ruchu chorych na uszy, nos, gardło i krtań w ambulatoryum mojem w szpitalu Ewangelickim w Warszawie. Jerzykowski: W sprawie nowego prawa o zabezpieczeniu państwowem. J. Bieliński: Herberski Wincenty.

Pamiętnik Tow. lek. warsz. 7. 3.: Wład. Sterling: O zaburzeniach psychicznych przy nowotworach mózgu. Giedroyć (c. d.). Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1907.

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny. Dwumiesięcznik Redaktor Antoni Leśniowski. Wydawca Czesław Stankiewicz. Tom I. Zeszyt I. Prof. L. Kryński: Amputacya miednicy wraz z kończyną dolną. A. Leśniowski i J. Maliniak: W sprawie torbieli trzustki. I. Neugebauer: Jedyny w swoim rodzaju przypadek torbielowatego włókniako-mięśniaka macicy. J. Borzymowski: Czwarty i piąty przypadek zeszycia serca. L. Zembrzuski: O leczeniu przepuklin pachwinowych wrodzonych u dzieci.

Przegląd pedyatryczny Zeszyt IV. i V. W Królikowski: Przyczynek do nauki o t. zw. płonicy przyrannej. H. Altkaufer: Przyczynek do kazuistyki krwawień śmiertelnych z pępka u noworodków. M. Michałowicz: O epidemii rumienia wielopostaciowego zakaźnego po odrze. J. Brudziński: O nowym objawie na kończynach dolnych w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. W. Schoenaich: O częstości występowania i objawach wyrośli gruczołowatych jamy nosowogardłowej u dzieci.—Sprawozdania poglądowe: I. S. Kramsztyk: Zaburzenia odżywiania niemowląt w świetle badań najnowszych. II. H. Rozenblatówna: O nowszych badaniach z zakresu bakteryologii błonicy.

Postęp okulist. Nr 6. Noiszewski: Chromofotometr, przyrząd do oznaczania wrażliwości siatkówki na światło. Wicherkiewicz: Niezwykły przypadek wrodzonego zwichnięcia soczewki.

Kronika dentyst. Nr 7. Cieszyński: Zastosowanie wyłuskiwacza prostego Beina i dłuta wydrążonego przy trudnych ekstrakcyach. Wilga (c. d.). — Nr 8. Wilga (c. d.).

Gruźlica Nr 3. Sterling: Rola szpitali w walce z gruźlicą u nas. Janiszewski (dok.).

Zdrowie Zesz. 7. Orgelbrand: Radyoczynność źródeł Soleckich i Nałęczowskich. Konwerski: Radyoczynnośc zdrojów druskienickich. Turczynowicz: Przyczynek do poznania stosunków zdrowotnych w Galicyi zachodniej. — Zesz. 8. Knappe: Próchnica zębów u młodzieży szkolnej. Polak: Instytut krajowy szczepienia ospy ochronnej i projekty reform w publicznem szczepieniu ospy.

Przegląd higien. Nr 7. Kuhn: Otrucia grzybami w Galicyi w r. 1908. — Urządzenia zdrowotne miejskiego teatru we Lwowie.

Głos lekarzy Nr 13. E. Piasecki: Epidemia płonicy w m. Lwowie w latach 1907—9. Mikołajski: Z wycieczki naukowej higienistów lwowskich (c. d.). Zjazdy lekarskie. — Nr. 14. Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Piasecki (c. d.). Mikołajski (dok.). — Nr 15. Walka z gruźlicą. Piasecki (c. d.) Ferensiewicz: Sprawozdanie ze Zjazdu lekarzy okręgowych. Praetzel: Sprawozdanie delegacyi sekcyi dentystycznej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Borovertin (wyrób firmy Aktienges. für Anilin-Fabrikation) poleca Dr Schneider (Strassburger mediz. Zeitung, 1909. H. b.), jako środek energicznie odkażający mocz. U pewnego roznosiciela duru okazała się siła odkażająca urotropiny na mocz, mimo dużych dawek, niewystarczającą, po zastosowaniu zaś borovertyny 3×1,0 znikły odrazu prątki durowe z moczu. *L. W.*

I. ZJAZD INTERNISTÓW POLSKICH.

(Dokończenie).

Spis rzeczy.

III. Posiedzenie dnia 21 lipca 1909 r.

Prezes Prof. Dr Gluziński zdał sprawę z wczorajszego posiedzenia komisyi statutowej i przedłożył uchwalony statut Zjazdów, oraz dwa główne tematy na Zjazd następny.

Zjazd uchwalił wniosek Dra Janiszewskiego o wysłanie memoryału do Wydziału krajowego i ministerstwa spraw wewnętrznych w sprawie zwalczania gruźlicy.

III. Referat główny.

Prof. W. Jaworski i Doc. E. Męsowicz: **O deprawacyi wykonawstwa lekarskiego przez nowoczesny kierunek we fabrykach chemicznych i aptekach.** (Wydrukowany w całości w Nrze 29 i 30 »Przeglądu lek.«).

Dyskusya.

Dr Mikołajski jest zdania, że apel Zjazdu w tak piekącej sprawie wywoła niewątpliwie pewne wrażenie w szerokich kołach lekarzy polskich, lecz, jak każdy apel, po pewnym czasie pójdzie w zapomnienie, jeśli się go stale ponawiać nie będzie, i jeśli działania zapobiegawczego nie ujmie się w pewną stałą organizacyę. Do tego celu najwięcej nadają się Izby lekarskie, lecz mowca radzi uzupełnić rezolucye w tym kierunku, aby 1) Izby lekarskie, w myśl zasad rezolucyi, rozszerzyły kodeks deontologii lekarskiej i wykroczenia przeciw tym zasadom w drodze dyscyplinarnej tępiły; 2) aby Izby lekarskie galicyjskie sprawę tę wprowadziły na porządek dzienny jednego z najbliższych Wieców Izb lekarskich. Dalej zwraca mowca uwagę, że Związek prasy lekarskiej polskiej, świeżo zawiązany, powinien również tą kwestyą się zająć, a mowca nie wątpi, że za porozumieniem wspólnem da się ustalić pewne normy postępowania. Wreszcie radzi mowca, by biuro Zjazdu starało się wprowadzić ten temat na porządek dzienny międzynarodowych Zjazdów lekarskich.

Dr Pisek (Podgórze). Nie zwrócono uwagi na jeden czynnik. Bardzo często się zdarza, że chory, leczony przez swego lekarza domowego, nie doznaje ulgi — oczywista udaje się do jakiejś powagi lekarskiej i prosi o poradę. Po niejakim czasie wraca chory — być może z poprawą swego stanu — do swego lekarza domowego, a pokazując mu receptę profesorską, na której wypisany jest niestety specyfik Riedla lub Mercka, prosi o powtórne zapisanie tego leku. Lekarz praktyk jest więc niejako moralnie do tego zmuszony, bo również chce pokazać choremu, że idzie z prądem nauki. Wskazaną więc jest rzeczą, by w pierwszej linii powagi lekarskie zechciały się wstrzymać od zapisywania specyfików.

Prof. Dr Gluziński zaznacza, że np. siroliny przychodzi do Galicyi rocznie 150.000 flaszeczek po 4 kor. za sztukę. Krocie więc wychodzą rocznie z Galicyi na samą tylko sirolinę, a cóż dopiero mówić o innych specyfikach? Co więcej, to wydawanie pieniędzy nie zawsze połączone jest z dobrem chorych. Sprawa nie da się załatwić uchwaleniem rezolucyi; zmiana na lepsze leży w ręku lekarzy. Nie powinni być zanadto wygodni, powinni zapisywać lekarstwa, a nie specyfiki; czasem wchodzi tu w grę konkurencya lekarska. Lekarze powinni chronić publiczność, która jest przez fabrykantów specyfików wyzyskiwana. Sprawę należałoby przedłożyć wielkiemu przyszłemu Zjazdowi lekarzy.

Dr K. Dłuski (Zakopane) przyłącza się zupełnie do zdania Prof. Gluzińskiego i wykazuje na podstawie osobistego doświadczenia, że np. u suchotników w ostatnich okresach choroby, mających wstręt do jedzenia, z łatwością można wszelkie somatozy, nutrozy i t. d., zastąpić przez substancye »domowe«, jak mleko lub śmietanka, żółtka, świeże masło w postaci kulek, połykanych w opłatkach i t. d., mające na podstawie obliczenia kaloryi większą wartość spożywczą, niż »specyfiki«.

Dr Fidler (Radom): Środki proponowane przez poprzednich mowców nie wiodą do celu. Partactwo lecznicze jest tak stare, jak samo lecznictwo. Czyż my wiemy cokolwiek o środkach, które stosujemy? Czyż wiemy co o działaniu kwasu salicylowego? Nic dziwnego, że powstaje tyle przetworów o różnych ilościach kw. salicylowego.

Wielka wina leży w niedoskonałości naszego lecznictwa, gdyż to jest przyczyną do wyszukiwania coraz to nowych środków, nie prowadzących do nowego celu.

Wśród partaczy znajdują się w znacznej liczbie i lekarze dyplomowani, którzy dążą wszelkiemi siłami do utrzymania się;

jest to więc także winą obecnego ustroju społecznego i dlatego to, co my tu mówimy, nie będzie może obowiązującem dla wszystkich innych lekarzy.

Wnoszę, by stworzyć instytut, któryby badał środki oraz ich działanie na całym szeregu chorych; wtedy będziemy mogli żądać, aby żaden uczciwy lekarz nie zapisywał środków nie poleconych i nie uznanych przez ten instytut.

Prof. Jaworski prosi o przyjęcie rezolucyi w tej formie, jak je przedstawił w wykładzie.

Dr Birkenfeld (Tarnopol) zwraca uwagę na jeden ważny szczegół w walce z partactwem: Apteki, zwłaszcza większe, wydają jako reklamę dla swojej apteki rok rocznie kalendarze, w których przy każdym przez siebie fabrykowanym środku pseudo-lekarskim zamieszczają nietylko nazwę choroby, ale także objawy zewnętrzne chorobowe, z których chory ma poznać, jakiego środka ma w danej aptece żądać. Ułatwia to chorym zresztą często już sama nazwa środka, jak np. krople na oczy, krople na kurcze żołądka, krople maciczne, proszki na bóle porodowe, maść na wyprysk, maść na rany i t. d. i t. d., oczywiście bez podania chemicznego składu tych środków.

Takie kalendarze, rozdawane przez te apteki bezpłatnie przy każdej sposobności, stają się w ten sposób, wobec braku należytej oświaty naszego ludu, zwłaszcza w prowincyach wschodnich, najgorszym może rozsadnikiem partactwa leczniczego.

Wnioski referentów i Dra Mikołajskiego przyjęto.

Dyskusya nad wykładem Dr. Krokiewicza: O »leczeniu gruźlicy sposobem własnym«.

Dr Dłuski (Zakopane). We współczesnej terapii gruźlicy panuje prąd antylekarstwowy, zaznaczony wyraźnie przed 10 laty przez Prof. Koberta na Zjeździe gruźliczym w Berlinie. — Dr Krokiewicz hołduje prądowi wręcz przeciwnemu. Przez porównanie oddalone, wobec stosowania surowic wielowartościowych, możnaby jego środki nazwać »wielo-farmakologicznymi«.

Dr Krokiewicz twierdzi, że jego płyn do wstrzykiwań działa bakteryobójczo na gruźlicę, gdzie dowody doświadczalne?

Dr K. twierdzi, że pigułki jego, rozkładając się w przewodzie pokarmowym, chronią jelita od zakażenia wtórnego przez połkniętą plwocinę — gdzie dowody doświadczalne? Dr. K. twierdzi, i słusznie, że minimalne jednorazowe dawki tuberkuliny mogą działać szkodliwie na ustrój, z racyi czego jest przeciwnikiem swoistego leczenia, tymczasem wprowadza tuberkulinę Kocha do swych wstrzykiwań, które stosuje całemi miesiącami?

Wogóle Dr Krokiewicz jest w tem szczęśliwem położeniu, że rozstrzygnął ostatecznie nierozstrzygniętą sprawę wrót zakażenia lasecznikiem.

Dr Fidler (Radom) zdaje sprawę z wrażeń, jakie odniósł na oddziale Prym. Dr Krokiewicza. Porównując przedstawionych chorych przed i po leczeniu, znalazł wybitną poprawę u jednych chorych, u drugich zaś gruźlica nie posunęła się dalej. Zapytuje się jednak, czy można to przypisać działaniu leczniczemu sposobem Krokiewicza? Przypisuje to pewnej sugestyi, jaką każdy lek na chorym wywiera. Wiemy przecież, że gruźlica jest bardzo zmienną chorobą, że chorzy, nawet z bardzo posuniętemi zmianami w płucach, czują się względnie dobrze. Dr Krokiewicz wstrzykiwał nadto pod skórę arszenik, który także wywiera przecież działanie. Nie zgadza się dalej mowca na to, aby metodę tę nazwać nową, gdyż wszyscy dawnośmy już używali tych samych środków, przytem metoda nie jest swoistą. Całe to leczenie metodą Krokiewicza należy uważać za »pendant« do leczenia w uzdrowiskach, gdzie dajemy chorym lepsze warunki.

Prof. Gluziński próbował w swojej klinice sposobu Krokiewicza i doszedł do wniosku, że metoda ta szkodliwie nie działa. Chorych ambulatoryjnych mowca nie obserwował, a u chorych, leżących na stałej klinice, polepszenia nie zauważył.

Prof. Jaworski: W sprawach takich jak gruźlica, stosujemy wszystko, co można, i bardzo trudno jest uzasadnić w danym wypadku, dlaczego ten lub ów środek stosujemy. Mowca sądzi, że dziś jeszcze tej sprawy przesądzać nie można; musimy jeszcze przeczekać parę lat. Już od czasów Kocha wciąż się nad sprawą leczenia gruźlicy pracuje, a jednak żadnych pewnych wyników nie uzyskaliśmy.

Dr Muttermilch (Warszawa): Nie można mówić o działaniu odkażającem środków, które działają odkażająco w probówkach, gdyż nie wiemy, czy środek, działający odkażająco »in vitro«, będzie również działał odkażająco w ustroju.

Dr Krokiewicz podnosi, że stosuje swój sposób od szeregu lat. Widząc, że dotychczasowe środki nie były skuteczne, zwrócił się do tej drogi. Przedstawił materyał, opierający się na 233 przypadkach, i żałuje, że tak mało kolegów zainteresowało się tą sprawą. Pytają się koledzy, co w tych pigułkach działa? Zdaniem mowcy — wszystko. Mowca nie utrzymuje, aby atoksyl działał antyseptycznie. Atoksyl wprowadzał, jako środek pobudzający przemianę materyi, a który wraz z hetolem podnosi leukocytozę. Metoda mowcy polega na tem, że głównie działa środkami farmakologicznymi; szkodzić ona nie może; na podstawie swego czteroletniego doświadczenia przypuszcza mowca, że metoda ta przyniesie w przyszłości korzyści.

Dr Dłuski. Dr Krokiewicz na postawione zasadnicze pytania nie dał mi żadnej odpowiedzi, a odpowiedział mi tylko, że ma przy stosowaniu swych środków już od 4 lat dobre wyniki. To możliwe, ale żadnego uzasadnienia teoretycznego dla swych złożonych leków nie podał.

(Przy sposobności prostuje Dr Dłuski wzmiankę w Nrze 2. »Dziennika« (str. 13) o swem przemówieniu w dyskusyi nad wykładem kol. Kučery. Mówca nie mówił o analogii pomiędzy prątkiem czerwonki a prątkiem gruźlicy. — Z powodu podniesionej w odczycie Prof. Kučery sprawy możliwego stosowania surowicy wielowartościowej w czerwonce, podniósł mówca analogię, jaka się zaznacza w metodzie leczenia niektórych chorób zakaźnych, a mianowicie: stosowanie surowicy wielowartościowej w zakażeniach paciorkowcowych, w nowszych zaś czasach stosowanie w gruźlicy »Universaltuberkulin« przez Rothschilda, która, zdaniem autora, daje lepsze wyniki, niż inne w użyciu będące tuberkuliny).

Wykłady.

I) Dr Stanisław Muttermilch (Warszawa). **O stosowaniu w odczynie Wassermanna antygenu nieswoistego.**

Prelegent, omówiwszy podstawy teoretyczne metody Bordet-Gengou odchylania komplementu oraz odczynu Wassermanna, przedstawia poglądy różnych autorów na możność stosowania w odczynie W. rozmaitych wyciągów z narządów prawidłowych, oraz czystych związków chemicznych. Własne badania prelegenta przeprowadzone zostały z wyciągiem alkoholowym z serca świnki morskiej ze szczególnem uwzględnieniem spraw chorobowych nie kiłowych. Statystyka prelegenta obejmuje przypadki następujące. (Ilość ogólna = 150). 36 przypadków kiły, z tych jeden w okresie owrzodzenia pierwotnego, 27 — w okresie drugorzędnym, 5 — w okresie trzeciorzędnym, 3 — w okresie utajonym. W powyższych przypadkach otrzymano: 4 razy wynik ujemny, 1 wynik wątpliwy (surowica autotrop.) i 31 dodatnich. Na 27 przypadków kiły w okresie drugorzędnym ilość dodatnich wyników wynosiła 25, t. j. 93%.

9 przypadków dotyczyło cierpień parasyfilitycznych (8 wiądu i 1 porażenia postęp.); wynik dodatni otrzymano 8 razy (z płynami mózg.-rdzen.).

Na 17 przypadków podejrzanych — 2 razy otrzymano wynik dodatni, raz wątpliwy.

18 przypadków dotyczyło rozmaitych chorób skórnych i moczowo- płciowych (niekiłowych): we wszystkich otrzymano wynik ujemny.

Reszta, t. j. 88 przypadków, dotyczyła rozmaitych chorób skórnych, wewnętrznych, nerwowych.

15 przypadków dotyczyło rozmaitych chorób nerwowych, mianowicie: 3 przypadki tumor cerebri; 3 neurasthenia; i po jednym: paralysis bulbaris; hemiplegia; alkoholismus chron.; dystrophia muscul.; myelitis transversa; sclerosis dissem.; meningitis cerebro-spin.; hydrocephalus (płyn z boczn. komory); hysteriasis. We wszystkich przypadkach otrzymano wynik ujemny.— 3 przypadki dotyczyły chorych bez ścisłego rozpoznania z wynikiem ujemnym.

52 przypadków dotyczyło rozmaitych chorób wewnętrznych: 7 przypadków phthisis pulm.; 5 — pleuritis exsud.; 3 — pneumonia crouposa; 3 — emphysema pulmonum; 3 — bronchitis chronica; 1 — gangraena pulmonum; 1 — stenosis laryngis; 1 — angina follicularis; 1 — insufficientia et stenosis aortae (lat 14); 1 — insufficientia et stenosis mitralis; 2 — carcinoma; 1 — sarcoma hepatis (sectio); 1 — cirrhosis hepatis hypertr.; 1 — cirrhosis hepatis atrophica; 1 — morbus Banti; 4 — cholelithiasis; 1 — gastritis; 1 — gastro-enteritis acuta; 1 — ulcus ventriculi; 1 — typhus abdominalis; 1 — polyarthritis rheumatica; 3 — diabetes mellitus; 2 — nephritis chronica; 1 — nephritis acuta; 1 — morbus Basedowi; 2 — leucaemia; 1 — monarthritis gonorrhoica; 1 — intoxicatio oleo terebinthinae.

W powyższych przypadkach t. j. na 88 surowic otrzymano 4 razy wynik dodatni, mianowicie w 1 przypadku ciężkiej moczówki cukrowej z acetonemią; w 1 przypadku rozedmy płuc;

w 1 przypadku gruźlicy płuc i wreszcie w 1 przypadku zwężenia krtani. Co się tyczy przypadku rozedmy płuc, to dotyczył on chorego, który się przyznał, że miał wrzód twardy. Co się tyczy dalej przypadku gruźlicy, to dotyczył on chorego 48-letniego, co do którego wywiady rzucały podejrzenie co do przebytej kiły (chory powtórnie żonaty, bezdzietny, jedna żona roniła). — Co się wreszcie tyczy wspomnianego przypadku zwężenia krtani, to dotyczył on kobiety 47-letniej, która kilka razy roniła; na sekcyi zaś znaleziono blizny w krtani i na strunach głosowych, zapalenie brodawkowate zastawki dwudzielnej i stwardnienie tętnic; bezwątpienia chodziło tu o kiłę.

Pozostaje zatem 1 przypadek moczówki cukrowej z dodatnim wynikiem odczynu Wassermanna u chorego, który zaprzeczał, aby kiłą kiedykolwiek był zakażony.

Materyał kiłowy, z którego prelegent w badaniach swych korzystał, pochodził przeważnie z oddziału kol. Elsenberga, materyał nerwowy z oddziałów kol. Flataua i Bregmana i wreszcie materyał wewnętrzny z oddziału kol. Rzętkowskiego. — W zakończeniu prelegent omawia stronę teoretyczną odczynu W. i dochodzi do wniosku, że nie może być tu mowy nietylko o swoistych niwecznikach w surowicy chorych na kiłę, lecz wogóle o jakichkolwiek niwecznikach komórkowych. Wiązanie komplementu powstaje prawdopodobnie przez połączenie, jakie zachodzi między lipoidami a pewnymi związkami koloidalnymi w surowicy krwi; innymi słowy wytłomaczenie t. zw. odczynu W., należy do dziedziny chemii fizykalnej.

Co się tyczy wartości praktyczno-klinicznej odczynu W., to sprawę tę ostatecznie wyświetlić mogą badania na wielkim materyale klinicznym, a zwłaszcza sekcyjnym.

II) Dr Leon Feuerstein (Lwów — Bad Hall). **O klinicznej wartości próby Wassermanna.** (Z zakładu higieny Uniwersytetu lwowskiego).

Po krótkiem omówieniu swej techniki, zdaje prelegent sprawę z wyników prób Wassermanna, wykonanych przezeń w Zakładzie Prof. Kučery na 779 surowicach, względnie płynach mózgowo-rdzeniowych 697 rozmaitych chorych.

Wyniki te zestawił prelegent na następującej tablicy (I):

Tablica I.

Grupa	Nazwa choroby	Ilość badanych przypadków	Wynik dodatni +	Wynik ujemny −	% +
I. α-L	1. Płonica.	67	(1)	66	—
	2. Varii { a. Sera	156	(1)	155	—
	2. Varii { b. Liquor. cerebro-sp.	9	0	9	—
II. L.	1. L. I.	11	7	4	(63·6%)
	2. L. II.	69	63	6	91·3%
	2. b. L. II. + Hg	43	15	28	34 9%
	3. L. III.	33	27	6	81 8%
	3. b. L. III. + Hg.	11	2	9	18·2%
	4. L. latens (zakażenie przed 1 5 lat).	35	18	17	51·4%
	5. L. peracta (zakażenie przed 6 i więcej laty).	31	9	22	29·0%
III. Para. L.	1. Tabes dorsalis.	5	4	1	80%
	2. Paral. prog. { Sera	127	92	35	72·4%
	2. Paral. prog. { Liq. c. sp.	54	30	24	55·5%
IV. Dubii	a. Sera	125	41	84	—
	b. Liq. cer. spin.	3	1	2	—

Wyniki te zgadzają się na ogół z wynikami większości innych autorów. Wyjątek stanowią surowice, a zwłaszcza płyny mózgowo-rdzeniowe paralityków; wyjaśnieniem tej sprawy zajmuje się prelegent w dalszym ciągu wspólnie z kol. R. Zagórskim.

Wpływ rtęci na wynik próby, widoczny już na powyższej tablicy, jeszcze wybitniej występuje na tablicy II., na której prelegent zestawia wynik prób u 21 chorych przed leczeniem swoistem, bezpośrednio po ukończeniu tegoż i w pewien czas później: prawie we wszystkich przypadkach, w których przerobiono dostatecznie energiczne leczenie rtęciowe, wynik dodatni próby przeistoczył się w ujemny.

Na podstawie wyników swych i przeglądu dotyczącego piśmiennictwa dochodzi prelegent do następujących wniosków:

1) Za dodatni wynik próby uważać należy jedynie zupełne, albo prawie że zupełne powstrzymanie hemolizy.

2) Wynik dodatni stwierdza, że badany uległ zakażeniu kiłowemu, z rzadką dla metod biologicznych ścisłością.

3) Nie jest stwierdzonem, aby wynik dodatni próby był wyrazem istnienia w ustroju czynnego jadu kiłowego.

4) Leczenie rtęciowe wywiera niewątpliwie nader wybitny wpływ na wynik próby. Nie wiadomo jednak dotychczas, czy przeistoczenie wyniku dodatniego na ujemny pod wpływem rtęci uważać należy za dowód jednoczesnego ustąpienia, względnie unieruchomienia jadu kiłowego w ustroju.

5) Dla celów terapeutycznych wartość próby nie powinna być przeceniana.

6) Próba Wassermanna powinna być wykonywana jedynie w odpowiednio urządzonych pracowniach.

7) Metody, zdążające do uproszczenia próby Wassermanna, a mające na celu zmniejszenie ilości odczynników przez wyzyskanie zawartych w badanej surowicy amboceptora hemolitycznego i dopełniacza, uważać należy a priori za chybione.

(Odczyt w zastępstwie autora przedstawił Prof. Dr Kučera).

Dyskusya.

Prof. Kučera dodaje, że, chcąc mieć pewne zdanie o próbie W., należy więcej, niż przy innych metodach biologicznych, opierać się na własnych próbach. Ponieważ zaś mówca systematycznie przypatrywał się próbom kol. Fejersztejna, nader sumiennie wykonywanym, i razem z nim omawiał wyniki każdej seryi, wyraża przekonanie, że próba W. tak wykonana ma niewątpliwie doniosłe znaczenie przedewszystkiem rozpoznawcze.

Co do stanowiska kol. Muttermilcha, że wartość metody należy przedewszystkiem kontrolować na materyale sekcyjnym, to mowca zdania tego nie podziela wobec tego, że anatom-patolog tylko w wyjątkowych razach (abstrahując od wykazania krętków bladych) może z całą pewnością kiłę rozpoznać.

III) Dr F. Eisenberg i Doc. Dr R. Nitsch (Kraków): **Uwagi o serodyagnostycznej metodzie Wassermanna rozpoznawania kiły.**

1. Wywoływacze naturalne — podobnie, jak i zbadane wywoływacze sztuczne działają krwiobójczo.

2. Ilościowe stosunki między dwuchwytnikiem, a dopełniaczem wpływają znacznie na czułość odczynu Wassermanna.

3. Wywoływacze naturalne i sztuczne mogą być w zawiesinie wodnej przechowywane przynajmniej 3 dni, bez utraty skuteczności.

IV) Dr F. Eisenberg i Doc. R. Nitsch (Kraków): **O odczynie Wassermanna ze sztucznym wywoływaczem.**

W przeszło 100 przypadkach wywoływacz oryginalny Sachsa i Rondoniego (A) okazał się zupełnie odpowiednim do próby Wassermannowskiej w porównaniu z wywoływaczem naturalnym z wątroby kiłowej. Także wywoływacz, sporządzony przez autorów wedle przepisu Sachsa i Rondoniego, w całym szeregu przypadków okazał zupełną zgodność z oryginalnym. Wreszcie próby z pewną modyfikacyą wywoływacza Sachsa i Rondoniego dały wyniki zachęcające do dalszych w tym kierunku badań.

V) Dr Marcin Selzer i Dr G. G. Wilenko. **Adrenalinemia a cukromocz pokarmowy.** (Z oddziału wewnętrznego szpitala powsz. we Lwowie. Prym. Prof. Wiczkowski).

Opierając się na eksperymentalnym fakcie powstawania miażdżycy tętnic u królików po wstrzykiwaniu adrenaliny i niewątpliwym wpływie nadnercza na przemianę materyi węglowodanów, badano odpowiedni materyał kliniczny: 1) z jednej strony co do obecności większej ilości adrenaliny we krwi, 2) z drugiej strony co do cukromoczu pokarmowego. Przekonano się, że przy miażdżycy tętnic u ludzi oba te objawy nie występują. Jeden przypadek cukromoczu pokarmowego przy miażdżycy znalazł swe wytłómaczenie w stwierdzonych sekcyjnie zmianach chorobowych trzustki.

Natomiast wykryto wielką zależność czynności nadnercza od stanów chorobowych układu nerwowego ośrodkowego i przysadki mózgowej. Należy przypuszczać, że to samo odnosi się i do innych gruczołów z wewnętrznem wydzielaniem, a w ten sposób wyjaśnia się znany już dawniej klinicznie fakt wpływu układu nerwowego ośrodkowego na zaburzenia w przemianie materyi. Odkrycie to komplikuje zarazem jeszcze bardziej poznanie wszystkich czynników, od których zależne są sprawy przemiany materyi; teorye dotychczasowe są już niewystarczające. Co do wykrytej obecności adrenaliny we krwi chorych na moczówkę, to należy na razie poprzestać na stwierdzeniu tego faktu.

Posługując się do wykrywania większej ilości adrenaliny

we krwi ludzkiej metodą wywoływania rozszerzenia źrenicy w oku ludzkiém przez wkroplenie adrenaliny i sposobem Ehrmana, przekonano się, że pewne wyniki daje tylko druga metoda.

VI) Dr Jekels (Bystra). **Teorye Freuda o nerwicach tudzież psychoanalizie.**

Podwaliną poglądów Freuda na nerwice jest zapatrywanie, że polegają one wszystkie bez wyjątku na zaburzeniach czynności płciowej, i z tego punktu widzenia dzieli on je na 2 wielkie grupy t. zw. nerwice aktualne i psychonerwice. Rozpatrzmy bliżej pierwszą grupę. Do niej zalicza Freud neurastenię i nerwicę lękową (Angstneurose). Zaburzenia te polegają podług niego na nieprawidłowościach w fizyologii funkcyi płciowej. Neurastenia, której głównymi objawami klinicznymi są: ucisk w głowie, podrażnienie rdzeniowe, zaparcie stolca, parestezye, tudzież wynikła z nich depresya psychiczna, ma jako czynnik etyologiczny samogwałt, który w każdym przypadku bez wyjątku stwierdzić można. Zaznaczyć jednak muszę, że nie chodzi tutaj o ów samogwałt, który niemal że ogólnie jest rozpowszechniony w wieku dziecięcym, lecz o samogwałt w późniejszym okresie, a zwłaszcza w epoce dojrzałości fizycznej, bardzo często i przez długi czas uprawiany. Związek ten między samogwałtem a neurastenią tłómaczy się podług Freuda w sposób następujący. Normalny akt płciowy jest czynnością bardzo złożoną, jest to sprawa odruchowa, której łuki przebiegają wprawdzie przeważnie przez rdzeń, tudzież ośrodki podkorowe, w której jednakowoż także i sfera psychiczna do pewnego stopnia współdziała. W samogwałcie, gdzie tak mało jest zewnętrznych bodźców, muszą one być zastąpione fantazyą, aby ośrodki wzwodu i wytrysku nasienia zostały pobudzone odpowiednio. Przedstawia to ogromne przesunięcie stosunku pomiędzy odruchowymi a psychicznymi czynnikami, a przeważające współdziałanie tych ostatnich w samogwałcie przedstawia o wiele zbytkowniejszy dla ustroju sposób załatwiania czynności odruchowej, tak, że nadmierne jego stosowanie doprowadzić musi do wyczerpania energii psychicznej. A wszakżeż wyczerpaniem tłómaczą się owe objawy neurastenii.

Druga postać nerwic aktualnych, t. zw. nerwica lękowa, daje następujące objawy kliniczne. Ogólne rozdrażnienie, stan ustawicznego lękliwego wyczekiwania, np. że coś strasznego lub groźnego zajść może, dalej bezsenność, przedrażnienie słuchu, potem rozmaite naczynioruchowe zaburzenia, napady nagłego lęku z objawami wzmożonej akcyi serca, tudzież narządów oddechowych. Niemniej napotykamy też formy poronne, w których nerwica jest tylko lekko zaznaczona jednym lub nielicznymi objawami, jak np. nagłe rozwolnienie lub takież poty, gwałtowne uczucie głodu, zawroty głowy i t. d., jednem słowem wszystko to, co przed Freudem podciągano pod pojęcie histeryi lub neurastenii. Dopiero Freudowi udało się wszystkie te formy ująć i oznaczyć jako jedną formę kliniczną, a to dlatego, ponieważ podług jego spostrzeżeń mają one za przyczynę też samą nieprawidłowość czynności płciowej. Wykazał on bowiem, że nerwica lękowa w przeciwieństwie do neurastenii polega na niestosunkowo małym współudziale psychiki przy akcie płciowym t. zn., jeżeli podrażnienie płciowe przebiega tylko w ośrodkach rdzeniowych i podkorowych, nie dochodząc do sfer wyższych, jak się to dzieje w następstwie dłużej uprawianego spółkowania przerywanego, lub t. zw. bezowocnego drażnienia się, a dalej u dziewic, skoro po raz pierwszy natkną się na problem płciowy, wreszcie u żon mężów, cierpiących na wytrysk przedwczesny. Pobudzenie zaś wyłącznie rdzeniowych i podkorowych ośrodków bez pobudzenia odnośnych ośrodków korowych wywołuje w tych ostatnich taki stan fizyologiczny, którego psychicznym produktem jest lęk. Za słusznością poglądów Freuda przemawia w tym przypadku i wynik leczniczy, gdyż udaje się nam osiągnąć uleczenie po usunięciu owego szkodliwego czynnika płciowego.

Gdy aktualne nerwice usiłuje Freud wytłómaczyć, jako powstałe w ostatnim rzędzie przez przewlekłe samozatrucia, a więc sprowadza je do przyczyn chemicznych, to zupełnie odmiennie ma się rzecz z t. zw. psychonerwicami, które Freud tłómaczy tylko psychologicznie. Rozróżniamy dwie formy psychonerwic: histeryę, tudzież nerwicę przymusową (Zwangsneurose). Ponieważ właśnie w tej dziedzinie dokonał Freud przewrotów najgwałtowniejszych i mających ogromną doniosłość nietylko dla patogenezy histeryi, lecz rozświetlających nadto w znacznej części ciemność, jaka w psychiatryi dotąd panowała, i nie mogących pozostać bez wpływu na psychologię, naturalną jest rzeczą, że nieco dłużej się na tem zatrzymam.

Już szkoła Charcota utrzymywała, że histerya jest zaburzeniem psychogenetycznem, t. zn. mającem swe początki i powody w zaburzeniu psychicznem, które Jeannet określił jako niezdolność do syntezy psychicznej, t. zn. skupienia wszystkich wyobrażeń, należących do jednego pojęcia. Dopiero Freud i Breuer w swych »Studien über Hysterie«, opartych na całym szeregu obserwacyi, wykazali ściśle mechanizm owego zwężenia pola świadomości, na którem podług Jeanneta miał ów brak polegać, a mianowicie afekt towarzyszący jakiemuś wyobrażeniu musi normalnie zostać wyładowany, a służą ku temu najrozmaitsze drogi, już to ruchowe, jak n. p. mowa, mimika, śmiech, płacz, ruch i t. d., albo też psychiczne, to jest kojarzenie. Na tem polega t. zw. »odreagowanie« afektu (Abreagiren), niezbędne dla równowagi naszego narządu psychicznego. O ile to »odreagowanie« jest z jakichkolwiek powodów uniemożliwione, może u osobników do tego skłonnych nastąpić »uwięźnięcie afektu« (Affekteinklemmung), który oddzielony od czynności kojarzeniowej, cechującej naszą świadomość, w tej świadomości, jak ciało obce, może się stać chorobotwórczym. Afekt taki, przedstawiający pewną sumę energii kinetycznej, a zatem nie mogący pozostać w stanie spokoju, może się w 2 formach wyładowywać. 1) Przechodzi w inerwacyę i wywołuje wówczas objaw cielesny, t. zw. konwersyę, jak to się dzieje w histeryi, albo też przyczepia się do innego obojętnego wyobrażenia, z pierwotnem choćby w luźnym tylko związku kojarzeniowym pozostającego, przez co owo pierwotnie obojętne wyobrażenie wysuwa się na plan pierwszy, jak to widzimy w nerwicy przymusowej (Zwangsneurose). W obu wypadkach wyobrażenie pierwotne, pozbawione afektu, przechodzi już przez to samo w zapomnienie (amnesia). W przypadkach tej t. zw. histeryi retencyjnej, to jest przez uwięźnięcie afektu powstałej, udało się przez wykrycie owego pierwotnego wyobrażenia, co zawsze jest połączone z wybuchem afektu, doprowadzić do właściwego odreagowania, przyczem znikał objaw chorobowy, co się naturalnie równa uleczeniu. Z biegiem czasu musiał jednak Freud zmodyfikować swoje poglądy, gdyż coraz częściej napotykał na wypadki, gdzie zapomnienie odnosiło się do wyobrażeń, pozostających w kolizyi z resztą naszej świadomości tak, że zapomnienie nosiło na sobie cechy celowości i niejako uchronne (histerya uchronna, (Abwehrhysterie). Przy jeszcze dalszem pogłębianiu tematu przekonał się Freud, że wszystkie histeryczne amnezye są celowe, i że amnezya spowodowana bywa przez umyślne wypieranie (Verdrängung) wyobrażeń z naszej świadomości, pozostających do niej w stosunku niezgodności. Twierdzenie to stanie nam się zrozumiałem, jeżeli dodam, że we wszystkich bez wyjątku przypadkach psychonerwic znajdujemy po zniesieniu amnezyi wyobrażenia ze sfery płciowej, wszak chyba najbardziej ostrej cenzurze naszej świadomości podlegające. Bez względu bowiem na to, czy odnajdujemy, jak to bardzo często bywa, myśl kazirodczą, przeważnie z wczesnego dzieciństwa pochodzącą, czy też homoseksualne pożądania, lub też inne erotyczne fantazye, wszystkie one są w rażącej niezgodności z pojęciami naszemi, kulturą i wychowaniem nabytemi, a całokształt naszej etyki i estetyki tworzącemi. W ten sposób psychonerwice przedstawiają się nam jako wyjście z konfliktu, jako kompromis pomiędzy pożądaniem płciowem, a jego odparciem. Wobec tego zrozumiałem staje się nam określenie Freuda, że objaw histeryczny nie jest niczem innem, jak spełnieniem życzenia, a zarazem fantazyą, służącą temu życzeniu. Dla objaśnienia niechaj służy krótkie streszczenie jednego z przypadków, gdzie psychoanalizę niedawno przeprowadziłem. Oto u chorej, cierpiącej od 5 lat na abazyę i astazyę, udało mi się wykazać, że chorobotwórczem wyobrażeniem była miłość ku własnemu ojcu, z lat dziecięcych pochodząca, następnie w okresie już rozwiniętych pojęć etycznych wyparta, i w ten sposób w nieświadomość zepchnięta, które to wyobrażenie przy niekorzystnych zewnętrznych warunkach (nieszczęśliwe małżeństwo) było podstawą fantazyi, jakoby chora była żoną swojego ojca, tak, że całem swojem zachowaniem się, jak i zaburzeniem w chodzeniu naśladowała dokładnie obydwie żony swojego ojca, które przypadkowo obydwie miały jakieś cierpienie w dolnych kończynach. Mówiąc tutaj o pożądaniach płciowych, niechaj mi będzie wolno zwrócić uwagę na całą rozciągłość tego pojęcia, obejmującego całe psychoseksualne podłoże istoty ludzkiej. A jak to w swej klasycznej pracy: »Drei Abhandlungen zur Sexualteorie«, opartej na wynikach psychoanalizy bardzo licznych chorych, Freud wykazał, składają się na nasz popęd płciowy liczne, zrazu rozszczepione, później dopiero w okresie dojrzewania fizycznego pod hegemonię narządów płciowych się podporządkowujące żądze luźne (Partialtriebe), a między niemi cały zastęp t. z. perwerzyi. Co za tem idzie, odnajdujemy też i w psychonerwicach, a raczej w objawach neurotycznych obok normalnych także i dą-

żności perwersyjne, a nawet tak często, że skłaniają nas one do przypuszczenia, że psychoneurotycy są to osobniki o bardzo silnie w założeniu zaznaczonych, a później wypartych perwersyjnych pożądaniach. Taksamo wynika z psychoanaliz, że właśnie przeżycia płciowe z lat dziecięcych już to w formie wydarzeń, lub też życzeń płciowych, są podstawą wszystkich późniejszych fantazyi neurotycznych.

Dla uzupełnienia tej nieco dorywczej charakterystyki, muszę dodać, że objaw histeryczny jest zawsze wyrazem kilku prądów psychicznych, i wobec tego miewa kilkoro znaczeń, z których jednak musi być conajmniej jedno symbolem płciowym. W przytoczonym przypadku naprzykład zaburzenie w chodzie oznaczało 1) Wżycie się w rolę własnej matki, która, gdy chora miała $3^1/_2$ roku, była w ciąży i miała niezmiernie utrudniony chód, co się doskonale przechowało w pamięci 35-letniej pacyentki, 2) było symbolem chwiejności charakteru męża, 3) symbolem wrzekomego dziedzicznego obciążenia wskutek alkoholizmu ojca i t. d.

Jak powyżej zaznaczyłem, leczenie polega na wprowadzeniu napowrót do świadomości owych wypartych, a przez to w nieświadomość popadłych wyobrażeń. Wynika z tego naszego pojęcia wyparcia, jako aktu woli z celowym podkładem, że w tej pracy powinny nam stanąć w poprzek te same siły psychiczne, które wyparcia dokonały, jako opory przeciw zamierzonemu przez nas uświadomieniu. Istotnie każdy, kto tego zadania się podejmuje, musi odnieść to wrażenie, i to nam tłómaczy nietylko luki, ale i złudzenia pamięciowe i wszelkie zniekształtnienia, polegające na zerwaniu związków czasowych i rozluźnieniu związków przyczynowych, a co za tem idzie, niezwykłą trudność psychoanalizy. Celem zniesienia amnezyi, owego zapomnienia chorobotwórczego wyobrażenia, posługiwał się Freud zrazu hypnozą, korzystając ze stwierdzonego już przez Bernheima rozszerzenia świadomości wśród stanu hypnotycznego. Gdy jednakowoż stan hypnozy w przeważnej części przypadków jest zależny od woli chorego, musiał się Freud oglądnąć za innym sposobem, którýby się dał zastosować w szerszym zakresie. Opierając się również na spostrzeżeniu Bernheima, że t. zw. pohipnotyczna amnezya jest tylko pozorna, i że chorzy jednak sobie przypominają, co wśród hypnozy zaszło, o ile się natarczywie na nich nalega, zaczął Freud stosować to samo natarczywe naleganie i bez hypnozy. Metoda, na tych 2 opierająca się środkach, nosiła miano met. katartycznej (katharsis). Przy tem postępowaniu zrobił Freud spostrzeżenie, że gdy nakazał chorym, by o danym fakcie usilnie myśleli, mówili oni zawsze rzeczy napozór bezładne, w rzeczywistości jednak, jak się o tem później mógł przekonać, w ścisłym związku pozostające z owym utajonym kompleksem wyobrażeniowym, niejako ogniskiem chorobowem. W tem znalazł Freud zupełne potwierdzenie swojego poglądu o zdeterminowaniu psychiki naszej, którego zupełną słuszność wykazał w 10 lat później przez doświadczenia kojarzeniowe Junga. Wobec tego odstąpił Freud od poprzedniej metody, poprzestając najzupełniej na tem, co choremu przy zogniskowaniu myśli na pewnym temacie przychodziło na myśl (Einfälle), poprzednio zleciwszy mu, by wyzbył się wszelkich świadomych oporów, jako to świadomego przemilczania czegoś, krytyki, że to lub owo do rzeczy nie należy, wreszcie wstydliwości. Zobojętniając w ten sposób niejako pewną część oporów, otrzymywał on materyał myślowy znacznie liczniejszy, w którym znajdowały się także i pierwiastki, zazwyczaj przez nas zaniedbywane, i co prawda, gdyby metoda ta polegała tylko na tem, com dotychczas przedstawił, redukowałaby się ona do nadzwyczaj prostej formułki. Niestety tak nie jest. Bo nie zapominajmy, że owe zazwyczaj zatajane myśli, jako pochodne owych wypartych niecenzuralnych wyobrażeń, nosiły na sobie piętno oporów, jakie pominąć musiały, przedostając się do świadomości, piętno w formie zupełnego zniekształtnienia, przybierającego czasem rozmiary wprost fantastyczne. Drugiem źródłem bywają sny chorych, które umożliwiają najbezpośredniejszy przystęp do »nieświadomego«, a to dlatego, bo cenzura świadomości naszej nad nieświadomą sferą podczas spania jest względnie najsłabsza. Mimoto jednak i tutaj nieświadome prądy psychiczne, powiedzmy wprost życzenia — boć marzenie senne nie jest niczem innem, jak spełnieniem życzenia, — mogą się przedostać przez cenzurę tylko zapomocą rozlicznych zniekształtnień i maskowań, co niezmiernie utrudnia ich zrozumienie. Wobec tego należało skonstruować dla obu tych tworów psychicznych, t. j. tak myśli mimowolnych, jak i snów, osobną sztukę interpretacyjną, ażeby przez kłamliwą formę dostać się do istotnego ich znaczenia. Dokonał tego Freud w sposób mistrzowski, i tu wskazuję na jego pomnikowe dzieło pod tytułem: »Traumdeutung«. Trzeciem źródłem wreszcie są owe niezamierzone, jakoby przypadkowe czynności t. zw. objawowe (Symptomhandlungen), jak n. p. zapominanie, pomyłki w mowie, przemówienia się, mienianie przedmiotów i t. d., których psychologiczne znaczenie wykazał Freud w »Psychopathologie des Alltagslebens, Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum«. Jako ostatni wysiłek tych oporów, które jako wał ochronny otaczają i odgradzają nieświadome kompleksy, należy pojąć ciekawe, pod koniec leczenia występujące zjawisko: przeniesienie afektu na lekarza, co pociąga za sobą najzupełniej naturalnie nieuświadomione odniesienie fantazyi i objawów również do jego osoby. Z rozwiązaniem i tej ostatecznej szarady znikają opory, a z nimi razem i objaw chorobowy.

Nie jest mi nieznanem, że większość lekarzy odnosi się do tych poglądów i do tej metody obojętnie, a nawet wrogo, między innymi i uczeni tej miary, co Kraepelin i Aschaffenburg. Przyczyny tego ich stanowiska należy się dopatrywać przedewszystkiem w odruchowych oporach, na jakie napotyka u ogółu ludzi tak głęboko drążące poruszanie spraw płciowych, które zawsze głęboko w sobie zamykamy, poza tem w odrębności metody, tak niezmiernie odbiegającej od dotychczasowych sposobów badania i leczenia, w jej trudności, co wszystko razem czyni, że, jak to Aschaffenburg n. p. sam przyznaje, a o czem na innych klinikach przekonać się mogłem, iż żaden z tych zajadłych krytyków dotychczas choćby jednej analizy nie dokonał; a nie wystarcza, jak to Freud zaznacza, przeczytać analizę, lecz trzeba ją koniecznie choćby raz samemu przeżyć, by módz ocenić jej prawdziwość.

Na podstawie moich doświadczeń kilkuletnich uważam poglądy Freuda za zupełnie prawdziwe, aż do najdrobniejszych szczegółów, psychoanalizę zaś za zdobycz ducha ludzkiego o nie, ocenionej wartości, bez której stosowania, zainicyowanego już zresztą na klinikach psychiatrycznych w Zurychu i w Jenie, i psychiatrya w powiciu pozostać musi. Pomijając ogromne horyzonty, które nam otwiera na polu pedagogii, socyologii, estetyki i t. d., twierdzę stanowczo, że niemasz racyonalnego leczenia nerwic bez psychoanalizy.

VII) Prof. A. Gluziński i Dr J. Grek (Lwów). **Wpływ miesiączkowania na przebieg ciepłoty w rozmaitych stanach chorobowych.**

Na 316 przypadków, spostrzeganych w klinice lekarskiej lwowskiej, wśród których były rozmaite schorzenia, w 112 przypadkach czyli w 35·5% zaznaczył się wyraźny wpływ miesiączkowania na zachowanie się ciepłoty. Wśród 204 pozostałych przypadkach, w których wpływu tego dostrzedz nie można było, znajduje się także 35 przypadków gruźlicy, coby świadczyło, iż obecność gruźlicy w ustroju niekoniecznie wywoływać musi zmiany ciepłoty zależne od peryodu. Na 112 przypadków, gdzie wpływ peryodu na ciepłotę był wyraźny, składały się przypadki gruźlicy, przebiegające z podwyższoną lub też prawidłową ciepłotą, przypadki bezgorączkowe bez wykazalnej klinicznie gruźlicy w liczbie 60, a także 2 przypadki chorób gorączkowych bez gruźlicy. Wpływ miesiączkowania zaznaczał się podwyższeniami ciepłoty w dniach poprzedzających peryod, podwyższeniami lub też obniżaniami się ciepłoty podczas trwania peryodu, podwyższeniami lub też rzadziej obniżeniami w okresie pomiesiączkowym, wreszcie podwyższeniami ciepłoty w środku okresu międzymiesiączkowego.

Wobec 62 przypadków, w których widocznym był wpływ miesiączkowania na ciepłotę, w których jednak klinicznie gruźlicy wykazać nie było można, przyjąćby należało, że nietylko gruźlica, lecz także i inne schorzenia powodować mogą zmianę ciepłoty zależnie od miesiączkowania. Nie tylko na krzywej ciepłoty zaznacza wpływ swój miesiączkowanie, często pod wpływem peryodu występują zaostrzenia samej sprawy chorobowej, po większej jednak części zaostrzenia te są tylko przejściowe.

VIII) Doc. Dr Marischler, Dr Reichenstein i Dr Schneider (Lwów, Klinika lekarska). **Wpływ dyety różnowartościowej pod względem kaloryi i azotu na przemianę materyi u ludzi chorych.**

Autorowie podawali w 13 przypadkach chorobowych: u 4 chorych na nerki, 3 z gośćcem stawowym, 1 z rwą kulszową, 1 z cukrzycą, 2 z białaczką, 2 z »paralysis periodica intermittens«, we wstępnym okresie wysokowartościową dyetę, a w następnych okresach dyetę o bardzo małej ilości białka i kaloryi, jak i wysokowartościową pod względem kaloryi, ale również z małą ilością białka.

Z doświadczeń okazało się, że: 1) Nie wolno zejść w podawaniu pokarmów niżej 30 kaloryi na kg. wagi ciała, nie narażając chorego na ubytek wagi ciała.

2) Przy pokarmie, zawierającym 5 gr. N czyli 31—32 gr. białka i 1600 kaloryi, równowagi azotowej u chorych otrzymać nie można.

3) Pokarm, zawierający 71 gr. białka na dzień, jest na dłuższy czas niedostatecznym dla chorego dorosłego pomimo nawet dostatecznej ilości kaloryi.

4) Dyeta ta wpływa na zwiększenie produkcyi kwasów w ustroju i z tego powodu jest ona niekorzystna dla ustroju.

5) U chorych na nerki i cukrzycę może dyeta skąpa, na krótki czas podana, wpłynąć korzystnie na stan ogólny chorego.

6) Dyeta głodowa wpływa tylko poniekąd na wydzielanie kwasu moczowego, usuwając wielką część egzogenicznego kwasu moczowego, uzyskać to można jednak także przez podanie samej tylko dyety bezpurynowej.

IX) Doc. Dr W. Nowicki (Lwów). **Badania nad zachowaniem się istoty chromochłonnej nadnerczy u zwierząt i ludzi przy schorzeniach nerek** (z przedstawieniem preparatów).

Badania prelegenta rozpadają się na dwie części. W pierwszej, doświadczalnej, wykonał autor szereg badań nad istotą chromochłonną królików i psów, którym wycinał nerki obie lub jedną, nadnercza, wywoływał wodonercze lub wprowadzał śródżylnie królikom, w ten sposób operowanym, adrenalinę, surowicę królika, pozbawionego nerek lub prawidłowego, surowicę człowieka, dotkniętego mocznicą, mocz prawidłowy lub człowieka z przewlekłem zapaleniem nerek. W drugiej części swej pracy badał autor szereg nadnerczy ludzkich, uzyskanych ze sekcyi zwłok, w których znajdował rozmaite schorzenia nerek, w pierwszym rzędzie ich stany zapalne.

Na podstawie tych badań dochodzi prelegent do następujących wniosków:

1. Wycięcie jednej lub obu nerek u królików, względnie u psów, wywołuje wyczerpywanie się istoty chromochłonnej nadnerczy, większe po stronie wyciętej nerki, przyczem wyczerpywanie się jest tem znaczniejsze, im zwierzę żyło dłużej.

2. Temu wyczerpywaniu towarzyszy pojawianie się we krwi zwiększonej ilości adrenaliny.

3. Adrenalina, surowica krwi królika prawidłowego, pozbawionego nerek, surowica krwi człowieka z mocznicą, oraz prawidłowy mocz ludzki, działają powstrzymująco na wyczerpywanie się istoty chromochłonnej.

4. U ludzi z przewlekłemi schorzeniami (zapaleniami) nerek przychodzi do wzmożonej czynności nadnerczy, a temsamem większej produkcyi istoty chromochłonnej.

5. U ludzi z przewlekłem zapaleniem nerek, w końcowym (przedśmiertnym) okresie, a także w mocznicy, przychodzi do osłabienia czynności nadnerczy, a temsamem wyczerpywania się istoty chromochłonnej.

6. Zmiany, występujące w nadnerczach, w szczególności w ich istocie chromochłonnej po wycięciu nerek, względnie przy ich schorzeniach, są wyrazem podrażnienia nadnerczy, prawdopodobnie przez jakieś ciała, wytwarzające się i gromadzące w ustroju przy nieprawidłowych stanach nerek. Podrażnienie to następuje nietylko drogą bezpośredniego zadziałania na nadnercza, lecz także prawdopodobnie za pośrednictwem nerwów.

7. Zmiany, spotykane w układzie krwionośnym przy schorzeniach nerek, w szczególności przy przewlekłych zapaleniach, pozostają prawdopodobnie w związku ze wzmożoną wydzielniczą pracą nadnerczy.

X) Dr Hornowski (Lwów). **Wpływ czynników termicznych na zachowanie się istoty chromochłonnej nadnerczy u ludzi i zwierząt i jego praktyczne znaczenie.**

Na zasadzie obserwacyi sekcyjnych i doświadczeń na królikach, o których mówi prelegent, przedstawiając preparaty drobnowidowe, oraz odpowiednie tablice, dochodzi do wniosków następujących:

1. Przy oparzeniu wytwarzają się w ustroju jakieś ciała, które pobudzają układ chromochłonny do wzmożonej czynności wytwórczej.

2. Zimno powietrza otaczającego nieznacznie tylko upośledza czynność wytwórczą układu chromochłonnego w stanach prawidłowych, natomiast bezpośrednio po zabiegu operacyjnym wywiera wpływ ujemny na układ chromochłonny.

3. Umiarkowane ciepło powietrza otaczającego zdaje się wpływać korzystnie po zabiegach operacyjnych na układ chromochłonny.

4. Wyższe stopnie ciepłoty początkowo pobudzają układ chromochłonny do bardzo ożywionej działalności, szybko jednak następnie wpływają na jego wyczerpanie.

Z punktu widzenia tych wyników doświadczeń stają się zrozumiałemi różne spostrzeżenia kliniczne, a mianowicie:

a) nieznoszenie wysokiej ciepłoty przez chorych na serce, u których, jak to wykazał szereg autorów, zapotrzebowanie istoty tonizującej, wytwarzanej przez układ chromochłonny, jest już i tak wzmożone;

b) mocznica, zjawiająca się czasem jako wynik leczenia zapomocą wysokiej ciepłoty chorych na nerki, u których również jest wzmożone zapotrzebowanie istoty tonizującej;

c) chwilowe dobroczynne działanie gorąca w stanach zapadu (collapsus), z następnym jednak, zwykle jeszcze większym zapadem.

Poza tem z doświadczeń tych należałoby wnosić, że, o ile umiarkowana ciepłota może być korzystną dla chorego po operacyi, to z drugiej strony zbyt wysoka ciepłota (granic tu ściśle oznaczyć nie można) jest znacznie szkodliwsza od ciepłoty chłodnej. Zadaniem farmakologów powinno być wyodrębnienie tego ciała, które przy oparzeniach wpływa na zwiększoną wytwórczość układu chromochłonnego, a po wyodrębnieniu go zastosowanie przy szeregu stanów patologicznych, połączonych z wyczerpywaniem się układu chromochłonnego.

Dyskusya.

Prof. Dr Gluziński zaznaczył, że znaczną część fizyologii nadnercza opracowali Polacy, prof. Cybulski i Dr Szymonowicz w Krakowie; dalsze prace co do patologicznego znaczenia nadnercza idą z Uniwersytetu lwowskiego. Mowca podniósł z uznaniem badania nad stosunkiem nadnerczy do szeregu schorzeń, badania, które w szeregu prac doc. Nowickiego i Dra Hornowskiego przedstawiają wiele dotąd niejasnych spraw w nowem świetle. Wskazał dalej na konieczność przeprowadzania równoczesnego fizyologicznych kontrolnych badań przy studyach nad rolą nadnerczy w stanach patologicznych.

XI) Dr Wincenty Czernecki (Lwów). **Przyczynek do sprawy dziedziczności wrzodu żołądka.**

Prelegent przedstawia historyę chorób rodziny, złożonej z 5 osób, tj. matki i czworga dorosłych dzieci, z których wszyscy okazywali schorzenie żołądka. — U trojga osób stwierdzono napewno wrzód żołądka ze skłonnością do uporczywych krwawień, przyczem sączenie się krwi trwało długo (20—40 dni), a ustało równocześnie z ustaniem bolów (obecność śladu krwi w stolcach wykazywano próbą benzydynową). — U dwojga osób stwierdzono jedynie objawy nerwicy żołądka i opadnięcia trzew (enteroptosis) ze zmianami w chemizmie żołądka. — Prócz tego uderzały jeszcze u wszystkich członków rodziny, zwłaszcza u dzieci, wspólne cechy fizyczne i układu nerwowego, a to: budowa klatki piersiowej, jak przy t. zw. »habitus phtisicus«, zagęszczenia szczytów płuc, zwłaszcza prawego, obecność niepozrastanych z łukami żebrowymi dziesiątych żeber (»costae decimae fluctuantes«), objawy opadnięcia trzew; ze strony układu nerwowego zaś: nadczułość psychiczna, dziwactwo, wyraźny wpływ czynników psychicznych na objawy podmiotowe, zmiany naczynio-ruchowe i dermografię, tudzież podwyższenie odruchów kolanowych. Opierając się na dotychczasowych spostrzeżeniach n. p. Stillera o t. zw. przez niego »asthenia universalis congenita«, »habitus enteroptoticus, neuroticus«, czego wyrazem ma być niezrośnięcie się dziesiątych żeber (»stigma atonicum«), uważa prelegent rodzinę, przez siebie opisaną, za typ tego rodzaju ustrojów. Chorzy ci przedstawiali przykład szeregu zmian fizycznych i nerwowych, które, istniejąc obok siebie, jużto łącząc się ze sobą prawdopodobnie w związek przyczynowy (czego prelegent nie przesądza), doprowadziły w końcu do wytworzenia się wrzodu żołądka, popierając przypuszczenie, że wrzód żołądka nie jest tylko wyrazem miejscowego schorzenia błony śluzowej, lecz wynikiem kilku czynników działających, wynikiem organizacyi chorego, przyczem i układ nerwowy niepoślednią zapewne gra rolę.

W końcu zwraca prelegent uwagę na potrzebę leczenia nietylko miejscowego przy wrzodzie żołądka, lecz i leczenia ogólnego u niektórych osobników, aby w ten sposób uniknąć nawrotów cierpienia.

Dyskusya.

Dr St. Rudzki (Lwów) zaznacza możliwą łączność między układem współczulnym, a wrzodem żołądka. Przytacza dwa spostrzegane przez siebie przypadki wrzodu żołądka u chorych, cierpiących jednocześnie na chorobę Addisona, u których na sekcyi znaleziono poważne zmiany w nadnerczach i w układzie współczulnym. Zaleca badanie układu współczulnego i istoty chromochłonnej nadnerczy we wszystkich przypadkach sekcyjnych wrzodu żołądka.

Dc. Dr Nowicki (Lwów) ze względu na przemówienie Dra Rudzkiego zauważa, że badania nad zachowaniem się istoty chromochłonnej układu współczulnego przy nieżytach jelit

u dzieci (osesków), połączonych ze stanem zapadowym, wykazują pewne zmiany ilościowe w tym układzie. Spostrzeżenie to zrobił u dzieci Hornowski.

Dr Kikinger (Lwów) przytacza przypadek z własnej obserwacyi, gdzie ojciec zmarł na wrzód żołądka, obecnie syn 20-letni okazuje objawy wrzodu. Co do związku między zaburzeniami w układzie nerwu współczulnego, a powstawaniem wrzodu żołądka, przytacza mowca własne badania treści żołądka, wykonane na klinice Prof. Gluzińskiego u histeryczek. W $^1/_3$ przypadków stwierdził mowca sok żołądkowy na czczo z wolnym kwasem solnym, nadto niemal we wszystkich stwierdził skazę limfatyczną; dopatruje się więc związku przyczynowego między skazą limfatyczną (gruźlicą narządu limfatycznego), a nerwicami czynnościowemi i wrzodem żołądka. Dlatego w tych razach obok leczenia dyetetycznego wskazane jest leczenie klimatyczne, jak przy początkowej gruźlicy.

Na tem zakończono wykłady i dyskusye.

Następnie zabrał głos prezes Zjazdu Prof. Gluziński, podnosząc, iż trzy dni ostatnie, spędzone na wspólnej pracy w Krakowie, okazały, iż myśl odbycia Zjazdu internistów polskich w Krakowie była szczęśliwą i nie bezowocną. Każdy początek jest trudny, jednak w tym przypadku już pierwszy Zjazd przyniósł obfity plon naukowy. Tematy poruszane, jako główne, a więc sprawa walki z gruźlicą, działanie i zastosowanie radu, jakoteż wyniki prac Zjazdu były takie, że się ich wstydzić nie potrzebujemy. Że Zjazd się udał, że położył podwaliny pod dalsze Zjazdy, zawdzięczyć należy komitetowi urządzającemu i za to złożyć mu należy podziękowanie na ręce prezesa Prof. Dra Jaworskiego. (Huczne oklaski).

Prof. Jaworski podziękował serdecznie uczestnikom Zjazdu, zwłaszcza za pracę prelegentom, przewodniczącemu Prof. Gluzińskiemu, który ten Zjazd wraz z kol. Jakowskim z Warszawy zainicyował i tak znakomicie przez cały czas prowadził, prasie lekarskiej, szczególnie Prof. Ciechanowskiemu za wydanie osobnych zeszytów »Przeglądu lekarskiego«, oraz za kierownictwo »Dziennika Zjazdu«, oraz sekretarzom komitetu Drowi Korolewiczowi i Drowi Łapińskiemu, wszystkim członkom komitetu i pp. słuchaczom medycyny, którzy pracowali w Biurze Zjazdu. (Huczne oklaski). Mowca uczcił pamięć rektora Korczyńskiego, który zabiegami swymi doprowadził do budowy tego gmachu klinicznego, w którym Zjazd się odbył. Wreszcie mowca podniósł, że wolność obrad, przemawiania w ojczystym języku i zbierania się bez żadnych przeszkód, zawdzięczamy wspaniałomyślności panującego monarchy.

Na tem Zjazd zamknięto.

Referaty w miejsce niewygłoszonych wykładów.

Prof. A. Gluziński (Lwów). **Kilka uwag o klinicznym obrazie, zależnym od zaburzeń w czynności gruczołów bez przewodów, w czasie przejściowym u kobiet.**

Prelegent zwraca uwagę na nowy kierunek badań nad gruczołami z wydzielaniem wewnętrznem, mianowicie na ich wzajemny stosunek do siebie, na wpływ czynności jednego gruczołu na czynność drugiego — a ztąd i na obowiązek klinicysty, by sprawą tą ściślej się zająć. — Badając obrazy kliniczne, spostrzegane w czasie przejściowym u kobiet, dochodzi prelegent do przekonania, że w nich widzimy nieraz właśnie wpływ podobny; zwraca uwagę na wpływ ustawania czynności narządu płciowego na czynność gruczołu tarczowego, nadnercza, na obrazy kliniczne z tem związane i na praktyczne wyniki leczenia, wynikającego z tego zapatrywania.

Doc. Dr Marischler (Lwów, Klinika lekarska). **O urochromie ze stanowiska klinicznego.**

Autor oznaczał urochrom w siedmiu przypadkadkach chorobowych drugą metodą prostszą, podaną przez Dąbrowskiego. W dwóch przypadkach podawał pastylki z tyreoidyną. Dochodzi do wniosku, że metoda ta daje zgodne wyniki z metodą bardziej skomplikowaną, podaną pierwotnie przez Dąbrowskiego, i że przy żywej przemianie istot białkowych w ustroju powstaje więcej produktów niedotlenionych rozpadu białka, do których i urochrom zaliczyć musimy.

Dr M. Reichenstein (Lwów, Klinika lekarska). **Glikozurya, a ciąża.**

Obecność cukru prawoskrętnego, fermentującego w moczu ciężarnych, spotyka się u blizko 12% wszystkich badanych ciężarnych (93). — Glikozuryę pokarmową łatwo można u ciężarnych otrzymać; i tak na 62 badanych ciężarnych, którym podano cukier gronowy — podobnie jak inne rodzaje cukrów w ilości 100 gr. w 1—2 godzin po śniadaniu — zjawiła się glikozurya w 27,6% przypadków, przyczem ilość wydzielonego cukru w moczu dochodziła do 3 gr.; w 10,7% zjawia się cukier w śladach, a w 61,7% asymilacya tej ilości cukru jest zupełna. Saccharoza przechodziła rozłożona na dekstrozę i lewulozę; z 31 ciężarnych, którym cukier ten podano, 38,7% ciężarnych okazywało wyraźną glikozuryę, u 25,8% cukier zjawiał się w śladach, a u 35,5% cukier nie przechodził wcale. Lewuloza przechodziła do moczu u ciężarnych taksamo prawie często, jak u chorych z ciężkiemi zmianami wątrobowemi, bo na 72 badanych ciężarnych w 87,6% wszystkich przypadków, a w 5,5% jeszcze w śladach. — To obniżenie tolerancyi na cukier stopniuje się aż do glycosuria ex amylo i to prawie we wszystkich tych przypadkach, w których cukier »samoistnie« się wydziela.

Ze względu na istnienie zmian w czynności wątroby (lewulozurya pokarmowa i zmiany stwierdzone w ciąży w tym narządzie przez innych autorów), ze względu na częste powiększenie gruczołu tarczowego w ciąży i częstość glikozuryi w tych przypadkach, w których istnieje wzmożona czynność tego gruczołu i przy dłuższem podawaniu przetworów gruczołu tarczowego, ze względu na prace doświadczalne Eppingera-Falty i Rüdingera, które dowodzą obniżenia granicy asymilacyi dla węglowodanów po wycięciu gruczołów przytarczycznych i udział ich w patogenezie tężyczki i drgawek porodowych, ze względu na prace Rebaudiego, które wskazują na związek pomiędzy wyspami Langerhansa w trzustce a jajnikami, przyjmuje autor, że zmieniona czynność jajników w ciąży i wpływ ich na narządy, regulujące przemianę cukrów w ustroju, jest przyczyną zjawiania się cukru w moczu ciężarnych i łatwego występowania glikozuryi pokarmowej.

Dr J. Grek i Dr M. Reichenstein (Lwów, Klinika lekarska). **Wpływ wyciągu paproci samczej** (extr. filicis mar.) **i naparu senesowego złożonego** (inf. sennae comp.) **na zachowanie się ciałek białych krwi u człowieka.**

Wyciąg paproci samczej i naparu senesowego złożonego, podany wewnętrznie człowiekowi cierpiącemu na tasiemca, wywołuje zwiększenie się ilości ciałek białych, już i tak nieco zwiększonej*). Zwiększenie to odnosi się przeważnie do leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości neutrochłonnej. Ilość eozynochłonnych jakoteż limfocytów odpowiednio maleje. Dnia następnego po odbytem leczeniu przeciwczerwiowem ilość ciałek białych spada w porównaniu z ilością ich przed rozpoczęciem leczenia. Wkrótce po odbytem leczeniu skład krwi pod względem ciałek białych wraca do stanu poprzedniego, t. zn. znowu widzimy w porównaniu ze składem krwi człowieka zdrowego nieznaczne zwiększenie ilości ciałek białych względny i bezwzględny spadek leukocytów o ziarnistości neutrofilnej, względny i bezwzględny wzrost eozynochłonnych, jakoteż względne i bezwzględne zwiększenie się ilości limfocytów małych. Krew przeto zatrzymuje jeszcze przez czas dłuższy te same właściwości, które posiadała podczas obecności tasiemca w przewodzie pokarmowym, pomimo nawet zupełnie udałego leczenia przeciwczerwiowego.

Dr Wincenty Czernecki (Lwów). **Obecność kwasów proteinowych w płynach zapalnych i przeciwkiłowych.**

Punktem wyjścia badań prelegenta było wykrycie przez Bądzyńskiego i jego współpracowników: Gottlieba, Panka, Dąbrowskiego, Browińskiego i Gawińskiego w moczu ludzkim zwierzęcym i surowicy krwi końskiej całego szeregu związków dotychczas nieznanych, zawierających azot i siarkę, związków o naturze kwasów, niewątpliwie wielozasadowych: kwasu oksyproteinowego, antoksyproteinowego i alloksyproteinowego, tudzież urochromu, należącego również do nich. Związki te stoją bliżej drobiny białka, niż inne dotąd znane wytwory przemiany białka, a wydzielanie ich idzie równolegle z rozpadem białka, zależy od jakości białka spożytego i podlega wahaniom w stanach chorobowych. — Mając na względzie, że przez poznanie rozprzestrzenienia tych ciał w ustroju można rzucić światło na

*) Grek i Reichenstein: Lwowski Tygodnik lekarski Nr 15 1908.

przemianę białka, badał prelegent obecność tych ciał w surowicy krwi ludzkiej, względnie w płynach z jam ciała, a po przekonaniu się, że ciecze te istotnie zawierają wszystkie kwasy proteinowe, oznaczał ilościowo azot tych związków.

Wyniki badań są następujące:

a) Azot kwasów proteinowych bierze znaczny udział w ilości azotu niebiałkowego surowicy i płynów z jam ciała (tak zwanego »Retentionsstickstoff« Straussa, »Filtrationsstickstoff« Noordena).

b) Jest wielce prawdopodobne, że związki te, jako ciała o wybitnej naturze kwasów i to niezawodnie wielozasadowych, które, jak to wykazały badania St. Kozłowskiego, biorą tak niepośledni udział w wiązaniu zasad mineralnych w moczu, a tem samem w wyprowadzaniu tych zasad z ustroju, ulegają snadniej zatrzymaniu w tkankach, a może i we krwi pod wpływem czynników chorobowych, snadniej, niż inne proste krystaliczne wytwory przemiany białka. Zgadza się to z faktem, stwierdzonym przez Straussa, że w chorobach nerek znajduje się w surowicy zwiększona ilość amoniaku, którego wytwarzanie się i wydzielanie niewątpliwie idzie w parze ze wzrostem ilości kwasów proteinowych.

c) Z niestosunku ilości azotu strątu miedziowego (N urochromu) do ilości azotu strątu rtęciowego wnosić można, że octan miedzi oprócz urochromu strąca jeszcze inne nieznane nam związki.

d) Nieprawdziwe jest twierdzenie Straussa, jakoby 75% azotu ciał niebiałkowych w surowicy krwi i płynach z jam ciała przypadało na mocznik. Na karb mocznika został w badaniach Straussa bezwątpienia policzony cały azot kwasów proteinowych.

Dr. M. Selzer i Dr G. G. Wilenko: **O odczynie Camidgea** (Z pracowni chemicznej oddz. wewn. II szpit. we Lwowie, Prym. Prof. Wiczkowski).

Z metod, służących do oznaczenia zmian czynnościowych trzustki, jak Schmidta, Sahliego, Salomona i innych, zaczęto się zajmować ogłoszonym przez Camidgea odczynem, polegającym na wystąpieniu pewnego ciała w moczu przy schorzeniach trzustki, które to ciało, gotowane z kwasami i fenylhydrazyną, daje kryształki o pewnym stałym charakterze. Na podstawie dość obfitego piśmiennictwa nie można dojść do ostatecznych wniosków; co do wartości klinicznej tej metody zdania są sprzeczne. Prelegenci wykonali odczyn jedynie w 9 przypadkach chorobowych, między innymi po otruciu fosforem, przy kamicy żółciowej, w posocznicy, w gruźlicy prosówkowej. We wszystkich odczyn był dodatni. W 2 przypadkach, u których wykonano później sekcye, wykazano martwicę tłuszczową komórek Langerhansa. Zbadano tak mało przypadków z tego powodu, że zaczęto stosować odczyn u ludzi zdrowych, nie wykazujących objawów klinicznych schorzenia trzustki. I u tych odczyn był dodatni. Kryształki otrzymane były identyczne z kryształkami, otrzymanymi z przypadków sekcyjnych. Odczyn u osób zdrowych był też dodatni bez względu na dyetę i na czas pobrania moczu. Wykonywano odczyn według najnowszej modyfikacyi; kryształki odpowiadały zupełnie glukozanowi. Wobec tego odmówić trzeba odczynowi Camidgea wszelkiej wartości klinicznej; występuje on zarówno często u ludzi zdrowych, jak i u chorych z najrozmaitszemi schorzeniami. Autorowie wyrażają przypuszczenie, czy owem ciałem macierzystem, którem według Smoleńskiego ma być saccharoza, nie są węglowodany nie fermentujące, znajdujące się w moczu prawidłowym w ilości do kilku gramów na dobę, a uważane dotychczas za gumy.

Dr Z. Radliński (Kraków, Klinika chirurg.). **W sprawie jednostronnego zapalenia nerek.**

Stosowanie cystoskopii i cewnikowania moczowodów pozwoliło stwierdzić, że jednostronne zapalenie nerek zdarza się rzadko, ale istnieje. Objawy w takich przypadkach mogą naprowadzać na przypuszczenie, że chodzi o chorobę chirurgiczną nerek w dotychczasowem znaczeniu tego słowa, przedewszystkiem o gruźlicę, nowotwór, kamień i t. p. W pewnej liczbie przypadków, jako objaw panujący nad obrazem, występują: krwiomocz i bóle w chorej nerce. Z piśmiennictwa zestawiono szereg spostrzeżeń tego rodzaju, ale są to przypadki pojedyncze, które jasności i jedności obrazu dotychcza nie dają.

Jako przyczynek do wyjaśnienia tej sprawy może służyć parę przypadków z kliniki chirurgicznej krakowskiej. A więc spostrzegaliśmy 2 przypadki jednostronnego krwawienia z nerek, w których klinicznie poza krwawieniem w obu, a w jednym z nich poza nieznacznem opadnięciem i ruchomością krwawiącej nerki, innych zmian nie stwierdziliśmy. W obu przypadkach w celach wprost rozpoznawczych, w przypuszczeniu, że może chodzić o nowotwór lub gruźlicę (w jednym szczepienie Pirqueta z wynikiem dodatnim) — dokonano odsłonięcia nerki i nefrotomii. W przypadku, operowanym przez prof. Kadera, stwierdzono zwężenie moczowodu przy pęcherzu, i prócz nefrotomii dokonał prof. K. podanym przez siebie sposobem drenowania moczowodu ku pęcherzowi. Nerka na przekroju, ani kielichy i miedniczka nie przedstawiały zmian oprócz pewnej bladości. Moczowód, w dwóch miejscach przy przeprowadzaniu drenu na przebiegu nacięty, również był bez zmian, oprócz rozszerzenia ponad wspomnianem zwężeniem. W wycinku, badanym w zakładzie anatomii patolog. U. J., stwierdzono tylko zmiany zapalne. Przebieg i wynik był nadspodziewanie pomyślny. Krwiomocz ustąpił i chory, wycieńczony przed operacyą silnem 3-miesięcznem stałem krwawieniem, opuścił klinikę uleczony z moczem prawidłowym. Po paru miesiącach stwierdzono zupełnie dobry stan ogólny i mocz prawidłowy.

W drugim przypadku, operowanym przez prelegenta, na przekroju nerki, ani w miedniczce zmian nie znaleziono. Obłuszczono torebkę z nerki i umocowano nerkę do 12. żebra. Wynik zupełnie pomyślny — krwiomocz ustąpił i mocz, ostatni raz badany w dniu odczytu, (4 mies. po operacyi), prócz zaledwie dostrzegalnego śladu białka, zmian nie przedstawiał. Bóle ustąpiły. Nadmieniam, że jednostronność krwiomoczu nerkowego i brak zmian w drugiej nerce były stwierdzone w obu przypadkach badaniem cystoskopowem i badaniem wydzieliny każdej nerki osobno, otrzymanej z cewników moczowodowych.

Te przypadki do niedawna byłyby zaliczane do t. zw. krwiomoczu samoistnego, wzgl. krwawiączki nerkowej (haematuria essentialis, haemophilia renalis). Obecnie znany jest cały szereg odpowiednich spostrzeżeń, które starannie zestawił Ploos van Amster (1908). Z tych, a także z 2 innych naszych przypadków, możemy również uzyskać pewne światło co do etyologii jednostronnych schorzeń nerkowych o charakterze zapalnym. Chodzi mianowicie o rolę zwężenia moczowodu w omawianej sprawie. Zwężenie takie, z rozszerzeniem moczowodu ponad niem, zostało stwierdzone we wspomnianym już przypadku krwiomoczu, operowanym przez prof. Kadera. Dalej wyłącznie zmiany zapalne w nerce stwierdzone zostały w innym przypadku, w którym prof. Kader, przypuszczając gruźlicę, usunął nerkę z powodu jej bolesności oraz niedrożności moczowodu dla cewnika, niedrożności, powstałej przez zwężenie bliznowate pochodzenia nieznanego. Wreszcie w jednym przypadku stwierdzono na sekcyi rozszerzenie moczowodu do 3½ ctm obwodu na przekroju, przy klinicznie pozornie prawidłowej drożności ujścia moczowodu od strony pęcherza. Zmiany w nerce nosiły również cechy sprawy zapalnej. Prof. Kader przypisuje zwężeniu moczowodu wybitny wpływ przyczynowy także i na zapalne schorzenie nerek.

Na znaczenie tego czynnika przyczynowego w schorzeniu nerek rzuca światło fakt białkomoczu podczas stania i znikania białka w nocy podczas leżenia (albuminuria orthostatica) — szczególnie przy nerce ruchomej, kiedy przy staniu ona się opuszcza i moczowód zwęża się przez przegięcie; dalej fakt znikania białkomoczu przy nerce ruchomej po jej odprowadzeniu i umocowaniu w miejscu prawidłowem choćby zapomocą opaski lub peloty i t. p.

Wnioski *a*) Każdy przypadek krwiomoczu musi być badany cystoskopem, w celu stwierdzenia, czy krwawienie nie jest jednostronne. W odpowiednich przypadkach uda się stwierdzić jednostronny białkomocz. Należy zbadać wydzielinę każdej nerki osobno.

b) W razie stwierdzenia jednostronnego krwawienia lub białkomoczu, powinna być dokonana nefrotomia, ponieważ nigdy nie można powiedzieć z całą pewnością, czy nie chodzi o gruźlicę, nowotwór, kamień, a prócz tego nawet przy krwawieniu na tle zapalenia nerki nefrotomia wywiera wpływ leczniczy zarówno na ustanie krwawienia, jak i na samą sprawę zapalną.

c) Należy zawsze zbadać drożność moczowodu, zarówno cewnikiem od strony pęcherza przy cystoskopii, jak i długim zgłębnikiem od strony miedniczki przy nefrotomii. W razie stwierdzenia zwężenia należy moczowód sposobem prof. Kadera rozszerzyć drenowaniem.

d) Dziedzina krwawień nerkowych samoistnych z »nerki zdrowej« (haematuria essentialis, haemophilia renalis i t. p.), zdaje się, nie istnieje zupełnie.

Prof. Jaworski i Dr Korolewicz (Kraków) **O powietrzu w pokoju i na werandzie** (ogłoszone w całości w Nr 29—30 »Przeglądu lekarskiego«).

Prof. Jaworski i Dr Korolewicz (Kraków) **Opsoniny w gruźlicy, według obserwacyi na chorych kliniki medycznej U. J.** (ogłoszone w całości w Nr 29—31 »Przeglądu lekarskiego«).

W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod zarządem Józefa Filipowskiego.